

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.257.792

MOGOLLON

APELLIDOS

VICTOR JULIO

NOMBRES

Victor Julio Mogollon
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1955

TOLEDO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-AGO-1976 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES




A 2510000 00174432 M 0013257792 20090901 0915607150A 3 7580000111

Cel. 311-4483587

302-7432456

Correo Electrónico : asodicap@gmail.com

	PROCESO DE APOYO	
	AREA DE TERAPIAS.	
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Mogollon		Victor Julio	cc 13257792
Edad: 68	Estado Civil: Union libre	Escolaridad: —	Género: F <u>MX</u>
Dirección: Cra 13 N° 5N-47 B. Antonio Nanno URB		Teléfono: 311	4483587

FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 24.

DIAGNÓSTICO: Enfermedad Renal Crónica (N185)

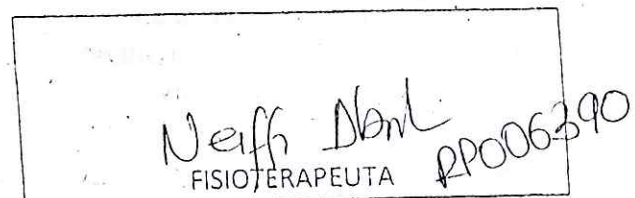
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Hipertensión Primaria (I10X)

Paciente quien hace aprox. 5 años sufrió Embolia que le ocasionó Hemiplejía Espástica Derecha, adyunto presenta Insuficiencia Renal por Hipertensión por lo que recibe hemodialisis recibe tratamiento farmacológico permanente, adyunto sufrió Necrosis 2º dedo pie derecho por lo que se le realizó Amputación, presenta marcha antálgica con aumento poligono sustentación, marcha con bastón canadiense.

Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria, Alteración de la Conducta y el Comportamiento.

Requiere Acompañamiento permanente. Presenta Inapetencia, Disfagia larga data, Reflujo y Pérdida peso

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Motor-Mental)





CERTIFICADO

DAVITA S.A.S. certifica que el señor (a) **VICTOR JULIO MOGOLLON**, identificado con cédula de ciudadanía No. **13257792**, es paciente diagnosticado con Insuficiencia renal crónica, motivo por el cual requiere asistir **TRISEMANALMENTE** los días **LUNES - MIERCOLES - VIERNES** en el horario de **06:00 AM - 10:00 AM** a su terapia de hemodiálisis como tratamiento de soporte vital por lo que de ser suspendido podría ponerse en riesgo su vida. Dicho tratamiento será suministrado en el Centro de Cuidado Renal de DaVita ubicado en la ciudad de Cúcuta

El cual debe asistir para el mes de **JULIO** del **2024**; los días:
1,3,5,8,10,12,15,17,19,22,24,26,29,31

Este certificado se expide en el mes de **JUNIO** del dos mil veinticuatro (**2024**).

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Claudia P. Acevedo E.", is written over a horizontal line. Below the signature, the text "Trabajadora Social" and "C.C. 333001025-1 - C.C. 1.096.404.173" are printed.

Claudia P. Acevedo E.
Trabajadora Social
C.C. 333001025-1 - C.C. 1.096.404.173

Claudia P. Acevedo Espinel
Trabajadora Social
CCR DaVita Cúcuta



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 13257792	
Paciente: VICTOR JULIO MOGOLLON	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/08/1955	
Edad y género: 68 Años, Masculino	
Identificador único: 102533-21	Financiador: COOSALUD EPS SA - SUBSIDIADO

Página 1 de 4

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 16/05/2024 10:22 - Sede: DAVITA CUCUTA - Ubicación: SALA DE HEMODIALISIS
Evolución de hemodiálisis - NEFROLOGIA

Condiciones del paciente: Paciente Crónico

Función renal residual (FRR): Si Valor FRR(mL): 910 Edema: No

ANAMNESIS

Subjetivo: PACIENTE REFIERE QUE SE HA SENTIDO BIEN TOLERANDO LA VÍA ORAL, NO PRESENTA COMPLICACIONES NI HOSPITALIZACIONES RECIENTES ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD RENAL, PERSISTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS A PESAR DE MANEJO MEDICO INSTAURADO SIN EMBARGO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SE HA REALIZADO INTERVENCIONES RECIENTEMENTE. GANANCIAS INTERDIALITICAS ADECUADAS, NO REFIERE MANIFESTACIONES DE UREMIA. ACUDE A SU TERAPIA EN COMPLETA NORMALIDAD.

EN FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE SESION DE HEMODIALISIS PACIENTE REFIERE QUE NO FIRMA POR DECISION PROPIA POR PRESENTAR FAV EN MANO DOMINANTE, MOTIVO POR EL CUAL COLOCA HUELLA DACTILAR.
Objetivo: PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD QUIEN FUE VALORADO BAJO ERICTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SEGÚN PROTOCOLOS DEL COVID 19 QUIEN REFIERE ACEPTAR Y ENTENDER CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD RENAL ESTADIO 5 SECUNDARIO A NEFROANGIOESCLEROSIS. ACUDE A LA UNIDAD PARA CONTINUAR SESIONES DE HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

ACCESO VASCULAR ACTIVO: FAV EN BRAZO IZQUIERDO FUNCIONAL

ORINA: SI (X)- 910 ML CC/44H (TOMADO 13/02/2024)

COMPLICACIONES: NO REGISTRA



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 13257792	
Paciente: VICTOR JULIO MOGOLLON	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/08/1955	
Edad y género: 68 Años, Masculino	
Identificador único: 102533-21	Financiador: COOSALUD EPS SA - SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

PACIENTE ACUDE A SU TERAPIA DE HEMODIALISIS CONVENCIONAL 3 DIAS A LA SEMANA

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 169/80, Presión arterial media(mm/Hg): 109, Lugar toma: Miembro superior derecho
Frecuencia cardíaca(Lat/min): 66 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 19
Saturación de oxígeno 98%, sin oxígeno
Temperatura(°C): 36 Lugar toma temperatura: Axilar Estado de conciencia: Alerta
Peso(Kg): 66. 8 Peso seco(Kg): 65. 5 Talla(cm): 162 Superficie corporal(m2): 1. 72 Índice de masa corporal(Kg/m2): 24. 96

Examen Físico:

CABEZA

CRANEO Y CUERO CABELLUDO : Normal / CARA : Normal / ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal

CUELLO

CUELLO : Normal

TORAX

TORAX : Normal / CORAZÓN : Normal / PULMONES : Normal

ABDOMEN

ABDOMEN : Normal

EXTREMIDADES SUPERIORES

MIEMBROS SUPERIORES : SE EVIDENCIA EN BRAZO IZQUIERDO FAV FUNCIONAL

EXTREMIDADES INFERIORES

MIEMBROS INFERIORES : Normal

NEUROLOGICO

NEUROLOGICO : Normal.

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados : PERFIL HEMATOLOGICO:

- HEMOGLOBINA: NORMAL

- PLAQUETAS: NORMAL

IONOGRAMA:

- FOSFORO: NORMAL

- CALCIO: NORMAL

- POTASIO: NORMAL

PERFIL NUTRICIONAL:

- ALBUMINA: NORMAL

PERFIL HORMONAL:

- PTH: NORMAL

PERFIL BIOSEGURIDAD:

- VIH: NO REACTIVO

- HEPATITIS C: NO REACTIVO

- ANTIGENO HEPATITIS B: NO REACTIVO

- ANTICUERPOS PARA HEPATITIS B: 0. 713

PERFIL LIPIDICO:

COLESTEROL HDL: ADECUADO

COLESTEROL TOTAL: ADECUADO

COLESTEROL LDL: ELEVADO

TRIGLICERIDOS: ADECUADO

ADECUACION DE DIALISIS:

- KTV: OPTIMO

Firmado electrónicamente



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 13257792	
Paciente: VICTOR JULIO MOGOLLON	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/08/1955	
Edad y género: 68 Años, Masculino	
Identificador único: 102533-21	Financiador: COOSALUD EPS SA - SUBSIDIADO

Página 3 de 4

NOTAS MÉDICAS

ESTADO SEROLÓGICO

Paciente con hepatitis B (+): No

Paciente con hepatitis C (+): No

Paciente con VIH (+): No

Paciente con serología (+): No

Confirmo que verifiqué la información de serología del paciente

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - N185 - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 5, Fecha de diagnóstico: 20/09/2022, Edad al diagnóstico: 67 Años, I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), Fecha de diagnóstico: 20/09/2022, Edad al diagnóstico: 67 Años.

Paciente diabético: No

Paciente hipertenso: Si Conoce la fecha de diagnóstico: Si Fecha de diagnóstico HTA: 05/02/2008

ESTADO DE LA ENFERMEDAD RENAL

Creatinina Serica(mg/dL): 6.88 Pertenencia étnica: Otras (Ninguna de las anteriores) Tasa de filtración glomerular (TFG) cockcroft(mL/min): 9.7 Estadio según cockcroft: 5

MDRD(mL/min): 8.5 Estadio según MDRD: 5 CKD-EPI(mL/min): 7.4 Variación de TFG(mL/min): -0.11.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Programa actual: HEMODIALISIS Cambio de programa: No

Sesiones a la semana: 3 Filtro hemodiálisis: B-16 HF Tiempo hemodiálisis(min): 210 Flujo Sangre (QB)(mL/min): 350 Flujo Dializado (QD)(mL/min): 400

Heparina Sesión(UI): 3000 Hierro(mg)/mes: 0 Eritropoyetina/mes(UI): 0

Confirmo que verifiqué la prescripción anterior

Indicación para trasplante: No Causa de contraindicación: Ha manifestado su deseo de NO trasplantarse

Análisis del caso: PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD QUIEN HA VENIDO PRESENTANDO CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS A PESAR DE MANEJO MEDICO INSTAURADO SIN EMBARGO ESTABLE, ASINTOMÁTICO, SE MANTIENE EN HEMODIÁLISIS 3 VECES A LA SEMANA, DEBE MANTENER GANANCIAS INTERDIALITICAS ADECUADAS, PARA CLINICOS DE CONTROL CON PERFIL LIPIDICO ELEVADO, RESTO DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES; SE INSISTE EN CORRECTA TOMA DE MEDICACION, CONTINUA MANEJO MEDICO, SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.

Plan de manejo: - VALSARTAN 160 + AMLODIPINO 10 MG- TOMAR 1 VIA ORAL CADA 12 HORAS

- NIFEDIPINO TABLETAS 30 MG- TOMAR 1 VIA ORAL CADA 8 HORAS

- MINOXIDIL TABLETAS 10 MG- TOMAR 1 VIA ORAL DIARIA

- CLONIDINA TABLETAS 150 MCG- TOMAR 1 VIA ORAL CADA 8 HORAS

- FUROSEMIDA TABLETAS 40 MG- TOMAR 1 VIA ORAL DIARIA

- CALCITRIOL CAPSULAS 0.5 MCG - TOMAR 1 VIA ORAL (DESPUES DE CADA DIALISIS)

- ACIDO FOLICO TABLETAS 1 MG- TOMAR 1 VIA ORAL DIARIA

- CARBONATO DE CALCIO TABLETAS 600 MG- TOMAR 1 VIA ORAL CADA 8 HORAS (DESPUES DE CADA COMIDA)

- ATORVASTATINA TABLETAS 20 MG- TOMAR 1 VIA ORAL DIARIA

- EN MANEJO CONJUNTO CON GRUPO DE APOYO (NUTRICION, PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL)

- SE EXPLICA DE FORMA CLARA LA IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN DERIVAR DE LA TERAPIA DIALITICA, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO REGULAR SEGUN CAPACIDAD VITAL Y CON ACOMPAÑAMIENTO.

- SE INSTRUYE EN HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, SE HABLA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR QUE SE ADICIONA TRAS EL MAL CONTROL DEL FOSFORO, Y DE LOS CUIDADOS ACERCA DEL POTASIO. SE LE PIDE ALTO CONSUMO DE PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO (POLLO, CLARAS DE HUEVOS) SUSPENDER ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS Y BEBIDAS GASEOSAS PARA MANEJO DE FOSFORO.

- CONTROL DE INGESTA HIDROSALINA, GANANCIA INTERDIALITICAS ADECUADA. EN LO POSIBLE EVITAR EL CONSUMO DE AINES RECOMENDANDO PARA EL DOLOR LEVE A MODERADO SIN CARACTERÍSTICAS INFLAMATORIAS IMPORTANTES.

- SI PRESENTA COMPLICACIONES DE SALUD Y NO SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD RENAL DEBE ACUDIR A URGENCIAS ADSCRITA A SU EPS. SE HA EXPLICADO ACERCA DEL BENEFICIO DE RECIBIR LA TOTALIDAD DEL NÚMERO DE SESIONES PROGRAMADAS DE HEMODIÁLISIS, ASÍ COMO EL TIEMPO DE CADA SESIÓN, EN EL SENTIDO DE LOGRAR UNA CANTIDAD ADECUADA DE DIÁLISIS PARA MEJORAR LA SUPERVIVENCIA Y DISMINUIR LA PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES URÉMICAS.

- SE VALORA CON ESTRUCTOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN MARCO DE PANDEMIA COVID 19 DE ACUERDO A LINEAMIENTOS NACIONALES EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS POR LA INSTITUCIÓN.

Justificación de permanencia en el servicio: PACIENTE QUIEN POR SU ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 REQUIERE CONTINUAR EN TERAPIAS DE SUPLENCIA RENAL, MODALIDAD HEMODIALISIS.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 19/06/2024 14:58:26



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 13257792	
Paciente: VICTOR JULIO MOGOLLON	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 14/08/1955	
Edad y género: 68 Años, Masculino	
Identificador único: 102533-21	Financiador: COOSALUD EPS SA - SUBSIDIADO

Página 4 de 4

NOTAS MÉDICAS


Dra. Maira Alejandra Rincón P.
NEFROLOGA
R.M. 2463/06
CC. 37198616

Firmado por: MAIRA ALEJANDRA RINCON PEÑALOZA, NEFROLOGIA, Registro 2463/2006



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13257792
NOMBRES	VICTOR JULIO
APELLIDOS	MOGOLLON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:07/08/202413:13:43

Estación de origen:192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

Registro válido

Fecha de consulta:

08/07/2024

Ficha:

54874012552900000316

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VICTOR JULIO

Apellidos: MOGOLLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13257792

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

20/08/2019

Última actualización ciudadano:

21/05/2020

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

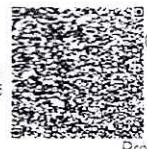
Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



VICTOR JULIO M...
CR 13 # 5 N - 47 AN ...

FACT 5000000
Fecha 2025-04-06



Código de usuario y/o referencia 137353

7792
VILLA DEL ROSARIO

Proximas fechas
Lectura
Entrega fact

Revisión periódica

Fecha vencimiento: 2024-12-

Total a pagar 1 + 2 \$21.880,00

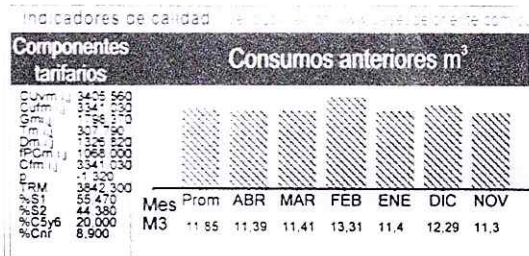
Pago oportuno hasta 2024-06-04
Fecha de suspensión 2024-06-05
Fecha y hora de generación 2024-05-18
Fecha y hora de expedición 2024-05-18
Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta FACT108130
Ruta 602014613131 Ciclo 14
Ultimo pago 2024-04-24 Atraso 0
Mora% 2.310 Corriente% 2.310 Mora P. Servicio 0
Valores en reclamación \$0,00

Periodo facturación	07-ABR-2024-07-MAY-2024	Días facturados	31
Medidor No	0152543254	Estrato	2 - DOM DOM
Lectura	Fecha	Tipo	
Anterior	1880	2024-04-06	Real
Actual	1894	2024-05-07	Real

1	Código	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
12	FE Ajuste decena	UND	1,00		\$1,71	\$1,71	0	\$1,71
02	FE Consumo	M3	13,25		\$3.695,58	\$48.966,44	0	\$48.966,44
55	Resol CREG 048	UND	1,00		\$-5.356,84	\$-5.356,84	0	\$-5.356,84
03	Subsidio	UND	13,25		\$-1.640,10	\$-21.731,31	0	\$-21.731,31

Factor de corrección 0,946 Consumo corregido 13,25
Poder calorífico 1068,00Consumo Kw/h 146,41/aor Kw/h 11,0
Observaciones de lectura



Subtotal \$21.880,00



Subtotal \$0,00
Valor total \$21.880,00

Cupo disponible
\$3.200.000,00

2	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
Subtotal \$0,00							
3	Concepto	Saldo	Cuota mes		Vr. cuota	Nuevo saldo	Cuotas pend.
			Cuota	Interés			

Total items: 2 Total factura electrónica: \$48.968,15

Total a pagar 1 + 2 \$21.880,00

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo. LINEA DE ATENCION 6075748888-018000999188 - LINEA EMERGENCIA 164 - 3105845521



Código usuario y/o referencia 137353
Periodo de facturación 07-ABR-2024-07-MAY-2024
Factura electrónica FACT108130

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.898.127

GONZALEZ MONTANEZ

APELLIDOS
GILMA

NOMBRES
Gilma Gonzalez M.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1963

TIPACOQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-NOV-1981 VILLA ROSARIO



FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS APRIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00120401-F-0027898127-20081102 0005188223A 1 7580004476

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	 <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p>
--	--	---

AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024	
DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	24 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	24 de Julio de 2024
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA	
Nombre Completo	VICTOR JULIO MOGOLLON
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	13.257.792 de Cúcuta
Edad	68 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 13 #5N-47 Barrio Antonio Nariño
Teléfono fijo	3114483587
No. de Celular (2 números si es posible)	3027432456
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	asodicap@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (X) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	GILMA GONZALEZ MONTAÑEZ
Parentesco de la PcD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	27.898.127 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3027432456
INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	1205054
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	N185-I10X – Brazo izquierdo FAV funcional
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique.	Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <u> X </u> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____ _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleane Esther Flórez Ramos
Cedula del funcionario	C.C. No.60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	