

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

<p align="center">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</p>	
<p align="center">DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</p>	
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	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024
<p align="center">DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</p>	
Nombre Completo	JOSE DEL CARMEN JULIO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro ()
Número de Documento de Identidad	18.921.334 de Aguachica
Edad	58 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 13 #28BN-30 Barrio Navarro Wolf
Teléfono fijo	3228616149
No. de Celular (2 números si es posible)	3204137325
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Kathemendoza1020@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: () No Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	
Parentesco de la PcD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	
<p align="center">INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</p>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	527454
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G20X – H355 – B92X – F339 – H903 – A309
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: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 18.921.334

JULIO

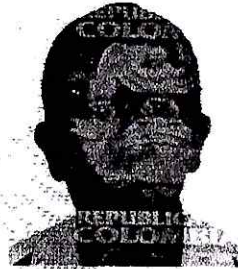
APELLIDOS

JOSE DEL CARMEN

NOMBRES

Jose Del Carmen

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUN-1966

AGUACHICA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-FEB-1987 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

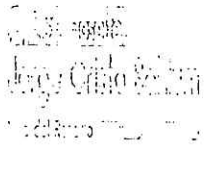
Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2510000 01271023-M-0018921334-20211203

0077149263G 2

8502884777

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Julio</u>	2do. Apellido <u>José del</u>	Nombres <u>Carmen</u>	DOCUMENTO: <u>18.921.334.</u>
Edad: <u>55</u>	Estado Civil: <u>Soltero</u>	Escolaridad: <u>2º primaria</u>	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cra 28 N°20B. Navarro Wolf U/Rio.</u>		Teléfono: <u>320/8461698</u> <u>321/6505893</u>	

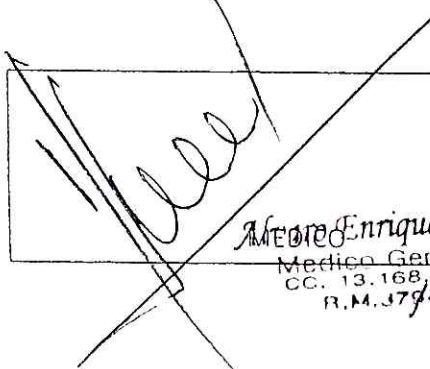
FECHA: AÑO: 2022 MES: 05 DIA: 09

DIAGNÓSTICO: Enfermedad de Parkinson (E20x) Distrofia Retina (H355)
Bilateral. Secuelas Lepra (B92x)

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA:

Paciente quien hace aprox 36 años presentó dermatitis Altricia-hongo palmar que le ocasionó pérdida huellas dactilares permanentes. Adjudado presenta Trastorno visual crónico diagnosticado como distrofia con predominio ojo derecho, Adjudado hace aprox 5 años presentó Enfermedad Hansen que generó como secuela Discapacidad tipo I por la Clasificación O.M.S. (Hipoestesia, Parestesia, Neuomas engrosados, debilidad muscular, dolor en ops, manos y pies). Hace aprox 4 años presenta temblor distal diagnosticado como Parkinson que limita la movilidad, el agarre y apoyo, recibe tratamiento farmacológico permanente. Adjudado presenta Trastorno Depresivo. Alteración de la Conducta y el Comportamiento. Semidependiente Act Básicas Cotidianas.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Sensorial-Visual-Motora)


Alfredo Enrique Parra
 Médico General
 CC. 13.168.558
 R.M. 3794

C.E. HOSPITAL LOCAL
JORGE CRISTÓBAL
 VILLA DEL ROSARIO
Neiff Abnol
 FISIOTERAPEUTA

RP006390



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
18921334	JOSE DEL CARMEN JULIO	CC18921334	57 A	M
Dirección del Paciente	CUCUTA,,CRR 13 # 28-20 NUEVO HORIZONTE			
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
COOSALUD EPS-S SA	26/01/2024	10:39	26/01/2024	10:43

Nro. ATENCIÓN 00492458

REGISTRO MÉDICO 00284106

FECHA 26/01/2024

Página 2

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

EXAMEN FÍSICO

Cuello: NO EVALUADO

Torax: NO EVALUADO

Cardio-Pulmonar: NO EVALUADO

Abdomen: NO EVALUADO

Pelvis: NO EVALUADO

Extremidades: NO EVALUADO

GU : NO EVALUADO

Neurológicos: NO EVALUADO

Columna: NO EVALUADO

Piel y Mucosas: NO EVALUADO

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Actitud:

COLABORACIÓN E INTERES

Afecto:

ANSIOSO NIEGA IDEACION SUICIDA

Pensamiento:

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL CONTENIDO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

Introspección:

ADECUADA

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

QUEJAS SOMATICAS

IMPRESION DIAGNOSTICA

F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA Cantidad :90 Dosificacion :TOMAR 1 EN LA NOCHE

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG TABLETAS Cantidad :90 Dosificacion :TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE 125MG/5ML Cantidad :12 Dosificacion :TOMAR 5 CC CADA 8 HORAS

Observaciones :

TRATAMIENTO POR 3 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

PSICOEDUCACION TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CITA EN 3 MESES

MEDICO TRATANTE

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO

Médico ordena la salida

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO C.C.1094664341

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

Dra. Euderrut Uzcátegui Pinto

PSIQUIATRA

R.M. 1.094.664.341

Euderrut Uzcátegui P



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
18921334	JOSE DEL CARMEN JULIO	CC18921334	57 A	M
Dirección del Paciente	CUCUTA,,CRR 13 # 28-20 NUEVO HORIZONTE			
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
COOSALUD EPS-S SA	26/01/2024	10:39	26/01/2024	10:43

Nro. ATENCIÓN 00492458

REGISTRO MÉDICO 00284106

FECHA 26/01/2024

Página 1

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

ACUDE A CONTROL REFIERE SENTIRSE REGULAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO SE LE TERMINO LA MEDICACION , NO VINO LA CONTROL, DIFICULTAD PARA MANTENER EL SUEÑO

DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO:

Alteraciones en el sueño, Embarazo: Parto:.

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Quirurgico:

PTHERIGION

Varios:

ENFERMEDAD DE HANSEN

Toxico:

NO REFIERE

Psiquiatrico:

DEPRESION

HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Hermano(a)

Tipo de Relación:Amigable, Diagnostico

Psiquiatrico:CONSUMO DE ALCOHOL, Intento de suicidio?:NO, Consume alcohol?:NO, Consume drogas ilegales?:NO, Edad:35, Vive?:SI, Personalidad:.

Familiar: Hermano(a)

Tipo de Relación:Excelente, Diagnostico

Psiquiatrico:CONSUMO DE ALCOHOL, Intento de suicidio?:NO, Consume alcohol?:NO, Consume drogas ilegales?:NO, Edad:36, Vive?:SI, Personalidad:.

INGESTA DE ALCOHOL

¿Consume Alcohol?:NO,

Médico ordena la salida

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO C.C.1094664341

PSIQUIATRIA

ACTIVIDADES DIARIAS:

Usa el teléfono, Ve televisión,.

METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,

¿Tiene metas o ambiciones?:NO,.

DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

.

¿FUMA?:NO,

¿CONSUME CAFE?:NO, ¿Cuántas tasas de té consume al día?: 0, ¿Cuántos litros de gaseosa consume al día?: 0.

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:26/01/2024(10:41), Talla:171.00,

Peso: 0.00 Ind.Masa: 0.0000.

T.A.: , F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.:.

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NO EVALUADO

Ojos: NO EVALUADO

ORL: NO EVALUADO

Dra. Euderruh Uzcátegui Pinto

PSIQUIATRA

R.M. 1.094.664.341

Euderruh Uzcátegui P

Firma y Sello del Médico:



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 10/07/2024

INGRESO : 1623520

JULIO JOSE DEL CARMEN

CC - 18921334

Edad : 58A 0M 17D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/06/1966

Teléfono : 3228616149

Dirección : CRA.12B N.29N-30 BARRIO 20 DE JULIO

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE.

MOTIVO CONSULTA: "REPORTE DE PARACLINICOS, TOS Y DOLOR DE GARGANTA".

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS QUIEN ASISTE SOLO A CONSULTA POR CUADRO DE TRES DIAS DE EVOLUCION DADO POR TOS SECA PRECEDIDA DE ESCOZOR Y DOLOR FARINGEO, NO ESPECTOIRACION NI DIFICULTAD RESPIRATORIA,. TRAE RESULTADO DE PARACLINICOS Y PARA FORMULACION DE FORMULACION DE TRATAMIENTO MEDICO PARA CUADRO DE ENFERMEDAD DE HANSEN.

PARACLINICOS : AUDIOMETRIA:HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL MODERADA, REQUIERE MANJO POR ORL DIRIGIDO A ADAPTACION AUDITIVA.

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: NO

QUIRÚRGICOS: PTERIGION AMBOS OJOS

TRANSFUSIONALES: NO

TRAUMÁTICOS: NO

HOSPITALIZACIONES: NO

PATÓLOGICOS: LEPROMATOSA RESISTENTE A LA DAPSONA -2018- / TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN MANEJO CON PSIQUIATRA / ANSIEDAD EN MANEJO CON PSIQUIATRA /ATROFIA RETINA OD / PRESBICIA

TOXICOLÓGICOS: NO

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 65 kg

Temperatura : 36.9 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 170 cm

Frecuencia Respiratoria : 18 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg

I.M.C. : 22.49 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 76 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Boca (Anormal). FARINGE CONGESTIVA.

Tórax (Normal). NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES.

Neurología - Esfera mental (Normal). ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS.

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDIACOS RITMICOS BIEN TIMBRADOS, RUIDOS PULMONARES NORMALES SIN SOBREGREGADOS.

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). CUELLO (Normal). ABDOMEN (Normal).

GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELÉTICO (Normal).

PLAN DE MANEJO :

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG/DOSIS AEROSOL HFA (Cantidad: 1) 1 UND
DOS PUFF CADA 12 HORAS POR 30DIAS.,

LORATADINA 10MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

MEDICAMENTO (Cantidad: 90) TALIDOMIDA 100 MG N° 90 TABLETAS 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA (Cantidad: 1) PACIENTE CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL MODERADA.

DIAGNÓSTICO :

H903 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL - (Impresión Diagnóstica)

A309 - LEPROA NO ESPECIFICADA

J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA

PACIENTE MASCULINO POR CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE FARINGITIS, SE FORMULA BECLOMETASONA AEROSOL, LORATADINA, TALIDOMIDA 100 MG /DIA POR 90 DIAS. RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, LIQUIDOS ORALES. SE REMITE A ORL PARA VALORACION.



E.S.E. Hospital
Villa del Rosario

CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 10/07/2024

INGRESO : 1623520

Edad : 58A 0M 17D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/06/1966

Teléfono : 3228616149

Dirección : CRA.12B N.29N-30 BARRIO 20 DE JULIO

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

ANÁLISIS :

VALORCION ORL-.


Edith Yadira Prieto Rojas
C.C. 32634793
T.M. 173762 (C.M. 1983 N.E.)
PRIETO ROJAS EDITH YADIRA
C.C. 32634793
MEDICINA GENERAL

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Call Center: 01 8000 423601

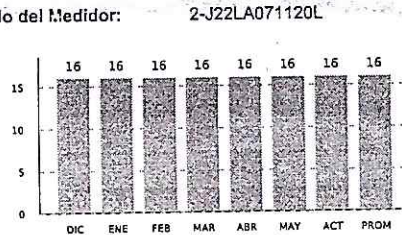
Email: atencionusuariovr.co@aqualia.com

Municipio: VILLA DEL ROSARIO
Nombre: Mauro De Jesus Marin Garcia
Dirección: CR 13 28BN
Barrio: Navarro Golf
Uso/Estrato: 1 - Residencial Estrato 1
Ciclo: 3
Periodo: 25/05/2024 - 24/06/2024
Días: 30
Ruta: 16000116 00 00 000

Matrícula: 3100013766
Número Factura: 121192366
TOTAL A PAGAR: \$ 107,470.00
Fecha Límite de Pago: 25 - JUL - 2024
Fecha de Suspensión: 26 - JUL - 2024
Facturas Vencidas: 1
Fecha Factura: 09/07/2024
Fecha Último Pago: 2024-05-20 - \$ 18,860

ACUEDUCTO

Lectura Actual:	0	No del Medidor:	2-J22LA071120L	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Lectura Anterior:	0							
Consumo:	16							
Real/Estimado:	E							
Promedio Usuario:	16							
Promedio Estrato:	12							
Tasa de Uso:	4,64							
Porcentaje (Sub/Apo):	-20%							



Cargo Fijo		\$ 9,037.28	\$ 9,037.28	- \$ 1,807.46	\$ 7,229.82
Consumo Básico	16	\$ 2,368.88	\$ 37,902.08	- \$ 7,580.41	\$ 30,321.67
Consumo Complem.	0	\$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Consumo Sunuario	0	\$ 2,368.88	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Recargos Acueducto					\$ 83.46
Subtotal Acueducto					\$ 37,834.95

ALCANTARILLADO

Vertimiento:	16	M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Promedio Usuario:	16					
Promedio Estrato:	12					
Tasa Retributiva:	94,44					
Porcentaje (Sub/Apo):	-20%					

Cargo Fijo		\$ 4,457.80	\$ 4,457.80	- \$ 891.56	\$ 3,566.24
Vertimiento Básico	16	\$ 1,040.92	\$ 16,654.72	- \$ 3,330.95	\$ 13,323.77
Vertimiento Complem.	0	\$ 1,040.92	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Vertimiento Sunuario	0	\$ 1,040.92	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
Recargos Alcantar.					\$ 38.14
Subtotal Alcantarillado					\$ 16,928.15

OTROS COBROS

Nombre del Concepto	Valor	Nombre del Concepto	Valor
Ajuste Decena	- \$ 3.55		
Subtotal Otros Cobros	- \$ 3.55		

TOTAL MES: \$ 54,559.55

DEUDA

Detalles Financiaciones

Totales	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
---------	---------	---------	---------	---------

El no pago oportuno de la factura dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de apelación ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130 Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes.

REPRESENTANTE LEGAL

Valor Facturas Vencidas	\$ 69,143.22
Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	\$ 0.00
Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	\$ 0.00
Valor Cuota Otras Financiaciones	\$ 0.00
(-) Devolución Acueducto INIC	\$ 596.68
(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$ 412.87
(-) Saldo a Favor	- \$ 15,223.22
Reliquidaciones y Financiaciones	\$ 0.00
Valores en Reclamación	\$ 0.00

TOTAL A PAGAR: \$ 107,470.00
Total Cartera Adeudada: \$ 107,470.00

