

CC 88195376 EDINSON FRANCISCO ARENAS BELTRAN

## Datos del Registro de Autorización

### Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

### Causa Autorización

1. Primera Valoración

### Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

### Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

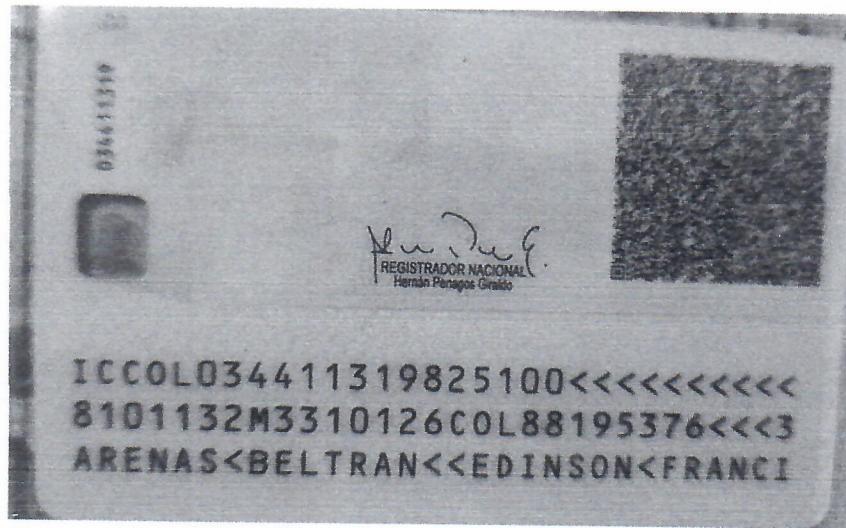
### Observaciones

DIAGNOSTICOS: H355 - H353 -H998 - ASODICAP



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 916207



3177221730

3156750346

heidyl 8836 GgmaiL. Com.

Asodicap



Jorge Cristo Sahium  
Villa del Rosario

## PROCESO DE APOYO

### AREA DE TERAPIAS.

### VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Arenas	Betlan	Edinson Francisco CC	88195376
Edad: 43	Estado Civil: Casado	Escolaridad:	Género: F M X
Dirección: Cl 23 N° 10-36 B. Sanit Bárbara		V/Bog	Teléfono: 317 7021730

FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 28

**DIAGNÓSTICO:** Distrofia Hereditaria Retiniana (H355)

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:** Degeneración Macular (H353)

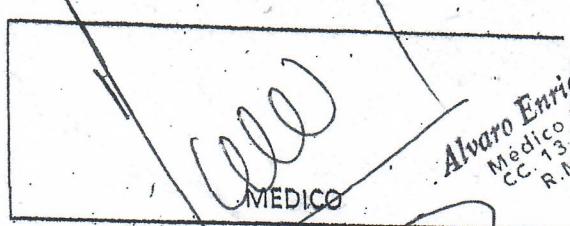
Paciente con Retinosis Pigmentaria con Edema Macular Quístico mayor en ojo izquierdo, condición hereditaria y menor en ojo izquierdo, de carácter permanente e irreversible. Alteración de la fijación y el seguimiento visual que le genera Ceguera parcial. Prueba Lomberg(+). Alteración de la estabilidad y la coordinación. Dificultad para trasladarse por tramos largos e inestables.

Semidependiente Adl. Baños Colchones.

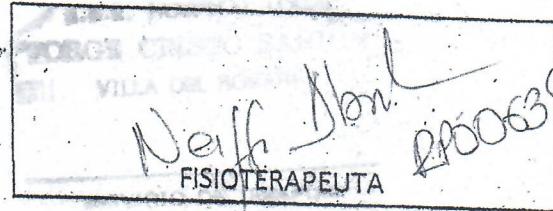
Dependiente para traslados.

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA



Alvaro Enrique Perea  
Médico  
CC 13 68 552  
R.M. 3794



Neily Montoya  
FISIOTERAPEUTA



## HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 88195376 ARENAS BELTRAN EDINSON FRANCISCO

FECHA DE NACIMIENTO 13/01/1981 EDAD 41 Años 11 Meses 20 Días

Página 1

OCCUPACION NA

DIRECCION CLL 23 10-36 BR. SANTA BARBARA V. DEL ROSARIOS

RESPONSABLE

TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

---

FECHA 02/01/2023 HORA 14:53

### MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE RETINOSIS PIGMENTARIA QUIEN ACUDE A VALORACION DE ESTUDIOS SOLICITADOS

OCT DE MACULA

SE APRECIA IMAGENES HIPOREFLECTIVAS EN ZONA FOVEAL (MICROQUISTES) AMBOS OJOS MAYOR OJO IZQUIERDO ANGIORETINOFLUORECINA

IMAGEN HIPOFLUORECENTE EN ZONA MACULAR MAYOR OJO IZQUIERDO

---

### DIAGNOSTICOS

H998 - PSEUDOPAQUIA - AO

H355 - DISTROFIA HEREDITARIA DE LA RETINA - AO

H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO - AO

---

### CONDUCTA

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE RETINOSIS PIGMENTARIA CON EDEMA MACULAR QUISTICO MAYOR OJO IZQUIERDO

PACIENTE CON RETINOSIS PIGMENTARIA DE AMBOS OJOS, ESTA ES UNA CONDICION HEREDITARIA DE LA RETINA, PRODUCE DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA. ES DE CARÁCTER PERMANENTE E IRREVERSIBLE.

SS ESPECIALISTA DE RETINA PRIORITARIO

### TRATAMIENTO

LUBRICANTE CON HIALURONATO+CONDROITIN APLICAR 1 GOTTA CADA 6 HORAS AMBOS OJOS SE FORMULA PARA 6 MESES

ZEBESTEN APLICAR 1 GOTTA CADA 12 HORAS O BRONAX APLICAR 1 GOTTA DIARIA HASTA NUEVA ORDEN  
DAR ESTUDIOS REALIZADOS

---

### ACTIVIDADES PACIENTE

MARDY C. OCHOA MORALES  
OFTALMOLOGO  
C.C. 1.092.965.692  
T.P. CMC2021-90776

MEDICO MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES OFTALMOLOGO REG. MED. CMC2021-90776

02/01/2023 15:07:21



### HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 88195376 ARENAS BELTRAN EDINSON FRANCISCO

FECHA DE NACIMIENTO 13/01/1981 EDAD 41 Años 5 Meses 26 Días

Página 1

OCCUPACION NA

DIRECCION CLL 23 10-36 BR. SANTA BARBARA V. DEL ROSARIOS

RESPONSABLE

TELEFONO: 3177221730

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

---

FECHA 09/07/2022 HORA 08:31

#### MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 41 ANTECEDENTE DE RETINOSIS PIGMENTARIA Y PSEUDOPAQUIA HACE 4 AÑOS

Agudeza Visual

OD: 20/ 80-1(.)20/70-1

OI: 20/200 (. )NC

DILATACION 80%

DEGENERACION RETINIANA EN SAL Y PIMINETA QUE RESPETA ZONA MACULAR

#### EXAMEN OFTALMOLOGIA

##### PUPILAS

	TAM	FORM	LUZ	AC	DPA
OD	4MM		REDONDA		++++
OI	4MM		REDONDA		++++

##### BIOMICROSCOPIA

OD: Conjuntiva hiperemica con degeneración elastotica nasal (Pinguecula) cornea transparente CA formada iris marrón pupila redonda reactiva a la luz LIO in situ capsulotomia +

OI: Conjuntiva hiperemica con degeneración elastotica nasal (Pinguecula) cornea transparente CA formada iris marrón pupila redonda reactiva a la luz LIO in situ capsulotomia +

##### TENSION INTRAOCULAR

##### GONIOSCOPIA

OD: 12 OD: ANGULO GRADO III

OD:

OI: 12 OI: ANGULO GRADO III

OI:

##### FONDO DE OJO

OD: DO bordes netos ex 0.3 Rodete neural anaranjado macula sana brillo foveal + retina aplicada

OI: DO bordes netos ex 0.3 Rodete neural anaranjado macula AUSENCIA DE BRILLO retina aplicada

---

##### DIAGNOSTICOS

H998 - PSEUDOPAQUIA - AO

H355 - DISTROFIA HEREDITARIA DE LA RETINA - AO

H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO - AO

---

##### CONDUCTA

PACIENTE PSEUDOPAQUICO CON ANTECEDENTE DE RETINOSIS PIGMENTARIA CON HALLAZGOS A NIVEL DE MACULA OJO IZQUIERDO

SE SOLICITA: OCT DE MACULA AMBOS OJOS

SS ANGIORETINOGRAFIA AO

CONTROL POR OFTALMOLOGIA AL TENER RESULTADOS PREVIA CITA ASIGNADA  
POR INFLAMACION DE PINGUECULA NASAL

FLUOROMETOLONA APlicar 1 GOTAS AMBOS OJOS C/6H X 1 SEM, LUEGO C/8H POR 1 SEM, LUEGO C/12H POR 1 SEM, LUEGO 1 GOTAS DIA X 1 SEM

HIALURONATO+CONDROITIN APlicar 1 GOTAS CADA 8 HORAS AMBOS OJOS SE FORMULA PARA 6 MESES



**HISTORIA CLINICA - EVOLUCION**

**IDENTIFICACION** 88195376 ARENAS BELTRAN EDINSON FRANCISCO

**FECHA DE NACIMIENTO** 13/01/1981 **EDAD** 41 Años 5 Meses 26 Días

Página 2

**OCCUPACION** NA

**DIRECCION** CLL 23 10-36 BR. SANTA BARBARA V. DEL ROSARIOS

**RESPONSABLE**

**TELEFONO:** 3177221730

**ENTIDAD** COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

**TIPO DE USUARIO** SUBSIDIADO

---

**ACTIVIDADES PACIENTE**

MEDICO MARDY CONSOLACION OCHOA MORALES OFTALMOLOGO REG. MED. CMC2021-90776

09/07/2022 09:27:49

**MARDY C. OCHOA MORALES**  
OFATLMOLOGO  
C.C. 1.092.965.692  
T.P. CMC2021-90776

Consejos para  
ahorrar energía



Planta una red  
de sombra  
No recetas la rosa humeante  
don el germinador  
Reportación CREG 123 de 2014 "Ahorro y uso eficiente de la energía"



¿Quieres ganar premios mientras  
aprendes a ahorrar energía?

Únete al concurso  
Usuario Piloso

¡Regístrate ahora!  
Escaneando este código



#### Compensación Calidad del Servicio

Periodo Actual

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 4

Mes 5

Mes 6

Mes 7

Mes 8

Mes 9

Mes 10

Mes 11

Mes 12

Mes 13

Mes 14

Mes 15

Mes 16

Periodo Retroactivo

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 4

Mes 5

Mes 6

Mes 7

Mes 8

Mes 9

Mes 10

Mes 11

Mes 12

Mes 13

Mes 14

Mes 15

Dt. 303.181  
Grp. Calidad 21  
FlUG 15  
FlU 9  
VC 0  
CEC 0  
%

#### Información de tu instalación

Medidor Activo: 4642181

Medidor Reactiva:

Alimentador: El SCS68

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 1.5

Constante de medida: 1

El presente documento es una factura  
factura puesta medio ejecutivo en  
virtud del artículo 30 de la ley 142 de  
1994 modificado por el artículo 18  
de la ley 689 de 2001.  
De conformidad con el decreto 2150  
de 1995, la firma mecanica que  
aparece a continuación tiene plena  
validad para todos los efectos  
legales.

José Miguel González Cepeda  
Representante Legal



El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente  
del servicio y te puede dejar sin energía por un término indeterminado.  
Denuncia presencia de personas sospechosas o reporta daños en el teléfono a la  
linea 115 o la línea de emergencias de la Policía Nacional (Pus. 911 25-2007)

Vigilado Super servidores NUR: 25400-1003

4610-2/2

482106

Vigilado Super servidores NUR: 25400-1003

482106

#### Tu Información

Nombre: Heidi Del Carmen Rodriguez Babilonia

Dirección: Cll 23 10-36

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 1

Tarifa: Generica

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512203675

Barrio: Santa Barbara

Línea 3722-3535



Acompañante.

**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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA**

Nombre Completo	<b>EDINSON FRANCISCO ARENAS BELTRAN</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. ( X )    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	88.195.376 de Villa del Rosario
Edad	43 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 23 #10-36 Barrio Santa Bárbara
Teléfono fijo	3177221730
No. de Celular (2 números si es posible)	3156750346
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Heidy8836@gmail.com">Heidy8836@gmail.com</a>
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	HEIDY DEL CARMEN RODRIGUEZ BABILONIA
Parentesco de la PCD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.411.870 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3156750346

**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)	<b>916207</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H355 – H353 – H998
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 _____ No Aplica _____ Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
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.ipspresando@gmail.com
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
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: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor Esther Flórez Ramos
Cédula 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	