

ASODICAP

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
60.403.430

NUMERO

BARAJAS GARZA

APELLIDOS

CARMEN CECILIA

NOMBRES

Carmen Cecilia Barajas Garza





TELEFONOS : 3133976591
3232848771 Vecina



INDICE DERECHO

04-MAY-1971

FECHA DE NACIMIENTO
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G. S. RH

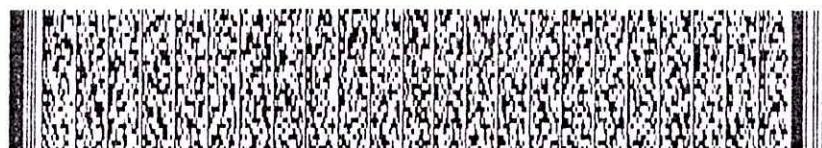
F

SEXO

25-AGO-1989 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Abengoa
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



R-2510000-55127623-F-0060403430-20050817

03553 05229N 02 159532656

Correo : asodicap@gmail.com



PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|--|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1er. Apellido Barajas | 2do. Apellido Garcia | Nombres Carmen Cecilia | DOCUMENTO: 60403430 |
| Edad: 52 | Estado Civil: Casado | Escolaridad: Bachiller | Género: F X M |
| Dirección: Cra 15 N° 4-12 B. 10 May Rio | | Teléfono: 313 39176591 | |

FECHA: AÑO: 2023 MES: 12 DIA: 19

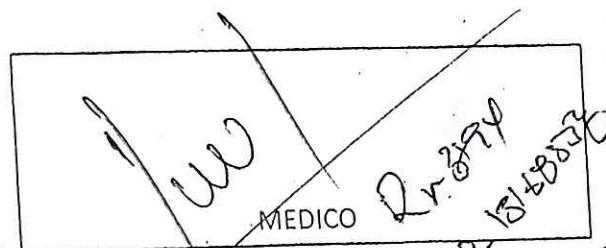
DIAGNÓSTICO: Artritis Reumatoide Degenerativa (muj)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien hace aprox. 6 años presenta dolor en articulación carpal y se le diagnosticó por Reumatología Artritis Reumatoide Degenerativa.

A la Valoración presenta deformidad moderada en flexión interfalángica muñeca, codo y hombro con predominio en manos. Atrofia intensa, desviación cubital severa. Sintesis en carpos, MCP, IFPS, hombro móvil ante movimiento doloroso, recibe tratamiento farmacológico permanente (Cloriquina 150mg / Metotrexato 25mg) proceso degenerativo en Ambas manos, semidependiente de Básicos (cuchilladas), movilidad fina, agarre y pinza.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD motora MODERADA



SALUD SOCIAL S.A.S.



Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Telefono 607 595 6605

REUMATOLOGIA

HISTORIA CLINICA GENERAL



Nº Historia Clinica: 60403430

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CARMEN CECILIA BARAJAS GARZA
 Identificación: Cédula Ciudadanía 60403430 Sexo: Femenino
 Fecha Nacimiento: 04/mayo/1971 Edad Actual: 53 Años / 1 Meses / 1 Días ID de Genero: Femenino Raza: INDETERMINADO Estado Civil: Soltero
 Dirección: CR15 N14-12/ 1ERO DE MAYO
 Teléfono: 3133976591
 Barrio: PRIMERO DE MAYO
 Procedencia: VILLA DEL ROSARIO
 Ocupación:
 Correo Electrónico: noresponder@previsalud.com

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | | |
|-------------------|---|------------------|---|
| Entidad: | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA | Régimen: | Regimen Simplificado |
| Plan Beneficios: | COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA | Nivel - Estrato: | SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA) |
| Tipo de contrato: | Factura_Global | Tipo: | Subsidiado |

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 5

(Fecha: 04/06/2024 03:24 p. m.)

Acompañante: Parentesco: Teléfono Acomp:
 Dirección Resp: Nº Ingreso: 1435247 Fecha: 4/06/2024 1:36:41 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONTROL(Dr Edwin Acosta Reumatólogo- Dra Emilena Hernandez Medicina General)

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
 TRATAMIENTO ACTUAL: METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIERCOLES DE CADA SEMANA, CLOROQUINA DIA, PREDNSIOLONA 2 TABLETAS DIARIAS LEFLUNOMIDA 20 MG DIA CALCITRIOL 0.25 MCG, NAPROXENO 250 MG, ACETAMINOFEN 500 MG , ACIDO FOLICO 1 MG
 COMO SE SIENTE: REFIERE LEVE DOLOR, DOLOR EN TORAX ANTERIOR CON LA INSPIRACION.

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS : 2017

FECHA DE DIAGNÓSTICO : 2018

PARACLÍNICOS 22/05/24

VSG:32

UROANALISIS: NO PATOLOGICO

PCR:15.4

CREATININA:0.84

BUN:8.2

TGO:158

TGP:157

FOSFATASA ALCALINA:282

LEU/COCITODS:4800

HB:12.2

HTO:37.2

PLAQUETAS:204000

REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/15

Usuario: 8780515

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Sistema neurológico | No refiere |
| Sistema otorrino | No refiere |
| Sistema respiratorio | No refiere |
| Sistema cardiovascular | No refiere |
| Sistema gastrointestinal | No refiere |
| Sistema genitourinario | No refiere |
| Sistema osteomuscular | No refiere |
| Sistema endocrino | No refiere |
| Sistema linfático | No refiere |
| Sistema tegumentario (piel y faneras) | No refiere |

EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

| | | | | | | | |
|--------------------|----------|-----------------|--------|------------|--------------|-------------|--------|
| TAS: 126 | /TAD: 78 | TAM: 94 | NORMAL | FC: 77 | FR 17 | TEMP. 36,00 | SO2 98 |
| Peso (Kg) 71,0 | | Talla (Cms) 154 | | I.M.C. | OBESIDAD III | | |
| Escala del Dolor 4 | | | | Riesgo OM: | | | |

EXAMEN FISICO

| | |
|---------------------------|---|
| Estado general: | DESVIACIÓN CUBITAL ARTICULACIONES DOLOROSAS# 2 ARTICULACIONES INFLAMADAS#2 EVA 4 /10 DAS 28 X PCR DE 3.71 PARA ACTIVIDAD MODERADA Y HAQ 1 PUNTO |
| Cabeza, cara, cuello: | NORMOCERAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NARINAS DE CONFORMACION NORMAL, PERMEABLES, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES. OTOSCOPIA BILATERAL CON MEMBRANA TIMPANICA INTEGRA SIN EXUDADOS. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION. |
| Torax | TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE MURMULLO VESICAL PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS |
| Abdomen: | NO DISTENDIDO, PERISTALISIS POSITIVA, BLANDO, DEPRESSIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS. |
| Extremidades superiores: | DESVIACIÓN CUBITAL DEFORMIDADES SECUELALES, DEDOS EN CUELLO DE CISNE, DEDOS EN Z |
| Extremidades inferiores: | SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS. |
| Región lumbosacra: | NO DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, LASEGUE NEGATIVO. ARCOS DE MOVIMIENTO NO DOLOROSOS |
| Genitourinario: | NO EXPLORADO |
| Sistema nervioso central: | ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMETRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS. |
| Piel y faneras: | SIN LESIONES |

ESCALA DE BARTHEL

| | |
|------------------|---|
| Comer: | Totalmente independiente |
| Lavarse: | Independiente; entra y sale solo del baño |
| Vestirse: | Independiente; capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, alarse los zapatos |
| Arreglarse: | Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, |
| Deposiciones: | Continencia normal |
| Micción: | Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta |
| Usar el Retrete: | Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa |
| Trasladarse: | Independiente para ir del sillón a la cama |
| Deambular: | Independiente, camina solo 50 metros |
| Escalones: | Independiente para bajar y subir escaleras |

TOTAL BARTHEL

90

ANALISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS. CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, CON DAS 28 X PCR DE 4.38 PARA ACTIVIDAD MODERADA Y HAQ 1 PUNTO, POR FALLA TERAPEUTICA TRIPLE TERAPIA, POSIBLE

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/15

Usuario: 8780515

INICIO DE TERAPIA BIOLOGICA SE INDICA PERFIL INFECCIOSO, HEPATITIS B, HEPATITIS C, RX DE TORAX, ANTICORE TOTAL, PARCIAL DE ORINA, TUBERCULINA, VDRL, VIH, SE CONTINUA CON METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIERCOLES DE CADA SEMANA, CLOROQUINA DIA, PREDNISOLONA 2 TABLETAS DIARIAS, LEFLUNOMIDA 20 MG DIA, CALCITRIOL 0.25 MCG, NAPROXENO 250 MG, ACETAMINOFEN 500 MG, ACIDO FOLICO 1 MG, SE DAN RECOMENDACIONES Y SE CITA CONTROL EN TRES MESES CON PARACLINICOS.

EXÁMENES FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-----------|------------------------|----------------------|
| Médicos | 6/05/2023 1:34:08 p.m. | ARTRITIS REUMATOIDEA |
| Alérgicos | 6/05/2023 1:34:08 p.m. | NIEGA |

| Fumador | Medida Fumador | Tiempo Fumador | Medida Exfumador | Tiempo Exfumador |
|-------------------|----------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| Fumadores en Casa | | Exposición al humo | Tiempo exposición | Mascotas en casa |
| Sustancias | | | Medida Sustancias | Tiempo Sustancias |

Planifica

FUP

G

P

A

C

V

E

M

EXÁMENES

| Código | Nombre |
|--|--|
| 906466 | CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| Observación: CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO | |

RESULTADOS DE EXÁMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

Observación: PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

RESULTADOS DE EXÁMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

Observación: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

RESULTADOS DE EXÁMENES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/15

Usuario: 8780515

Fecha de resultado:**Descripción:****Interpretación:**

907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Observación: UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Observación: CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

903856 NITROGENO UREICO

Observación: NITROGENO UREICO**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] (AST)

Observación: TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] (AST)**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

903866 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] (ALTI)

Observación: TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] (ALTI)**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

903833 FOSFATASA ALCALINA

Observación: FOSFATASA ALCALINA**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

902204 ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL

Observación: PROGRAMA AR**RESULTADOS DE EXAMENES****Fecha de resultado:****Descripción:****Interpretación:**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

906249 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERALDECUBITO LATERALOBLICUAS O LATERAL CON BARIO)

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

860205 TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906221 HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906225 HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906317 HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906916 SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|---|
| 890388 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

5/15

Usuario: 8780515

Observación: CONTROL CON RESULTADOS

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnóstico |
|---------------------|--------|--------------------------------------|---|
| Confirmado_Repetido | M069 | ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

| CUM | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |
|------------------------|--|---------------|--------------|-------------|
| 20011084-05 | PREDNISOLONA 5 MG TABLETA | 5 MG | | 180 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | PREDNISOLONA 5 MG: TOMAR 2 AL DIA | | | |
| 19973372-03 | CLOROQUINA 250 MG TABLETA | 250 MG | | 90 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | CLOROQUINA DIA. | | | |
| 123394-01 | METOTREXATO 2.5 MG TABLETA | 2.5 MG | | 78 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIERCOLES DE CADA SEMANA. | | | |
| 19934690-01 | CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA | 0.25 MCG | | 90 CAPSULA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | CALCITIROL 0.25 MCG DIA | | | |
| 17145-18 | NAPROXENO 250 MG TABLETA | 250 MG | | 180 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | POR DOLOR | | | |
| 19935303-04 | ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA | 500 MG | | 360 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | POR DOLOR | | | |
| 20021574-2 | ACIDO FOLICO 1 MG TABLETA | 1 MG | | 90 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | 1 DIARIA | | | |
| 19963298-2 | LEFLUNOMIDA 20 MG TABLETA | 20 MG | | 90 TABLETA |
| Via de administración: | Oral | Duración: | 90 Dias | |
| Indicación: | LEFLUNOMIDA 20 MG DIA | | | |

INDICACIONES MEDICAS**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

| Código | Nombre |
|--------|--------|
| | |

Observación:

Nombre reporte : HCRPHistoBase

6/15

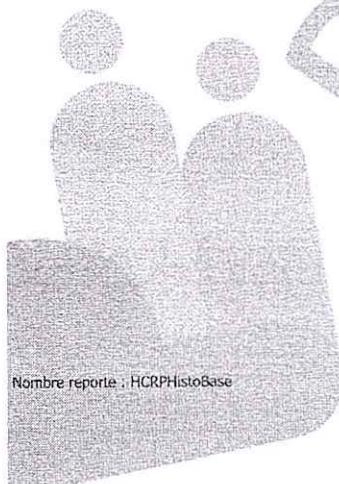
Usuario: 8780515

Eduin Acosta Hernandez

EDUIN ACOSTA HERNANDEZ
REUMATOLOGIA
8780515

ACOSTA HERNANDEZ EDUIN JAMID
REUMATOLOGIA
8780515 o 8780515

previsionalud



Nombre reporte : HCRPHistoBase

7/15

Usuario: 8780515



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 | 60403430 |
| NOMBRES | CARMEN CECILIA |
| APELLIDOS | BARAJAS GARZA |
| 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 | 24/04/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 02/29/2024 19:25:27 | 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



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

01/07/2024

Ficha:

54874351561200025096

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **CARMEN CECILIA**

Apellidos: **BARAJAS GARZA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **60403430**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **04/08/2023**

Última actualización ciudadano: **04/08/2023**

Última actualización vía 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

Dirección administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 88.190.776

MANRIQUE PINTO

APPELLIDO

TRINO ALEXANDER

NOMBRES

trino alexander manrique pinto

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1974

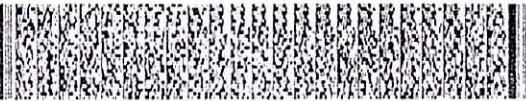
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ M
ESTATURA G S RH SEXO

30-SEP-1991 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Centro Regional de Documentación y Servicios para la Ciudadanía*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TONÍAS



A 0510000 00160756 M-0088190776 07090701 0012961570A 2 7590026 154

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

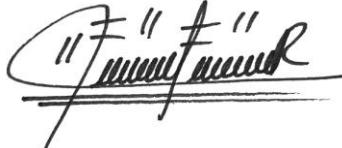
| | |
|--|-------------------------------|
| Municipio donde es emitida la autorización | Villa del Rosario |
| Código Divipola del municipio | 54874 |
| Nombre de la entidad que emite la autorización | Secretaría de Salud Municipal |
| Fecha de solicitud de la autorización | 23 de Julio de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 23 de Julio de 2024 |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

| | |
|---|--|
| Nombre Completo | CARMEN CECILIA BARAJAS GARZA |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro () |
| Número de Documento de Identidad | 60.403.430 de Villa del Rosario |
| Edad | 53 años |
| Género | Femenino |
| Dirección | Carrera 15A #14-12 Barrio Primero de Mayo |
| Teléfono fijo | 3133976591 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | 3232848771 |
| 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 | TRINO ALEXANDER MANRIQUE PINTO |
| Parentesco de la PCD | Esposo |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 88.190.776 de Villa del Rosario |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3232848771 |

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) | 558101 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad) | M069 – M053 |
| 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 | 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.ipspresando@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: <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: _____ |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| 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 |  |