



SE Hospital

Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES
FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Vassilacos	2do. Apellido Mora	Nombres Lizvania Cristina CC 60407897	DOCUMENTO: 60407897
Edad: 49	Estado Civil: Casados	Escolaridad: Bachiller	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M
Dirección: Cl 10 N° 6-71 B. la Palmita U/Rio	Teléfono: 310 3167321		

FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 21

DIAGNÓSTICO: Paraplejia Espástica Tropical (E041)

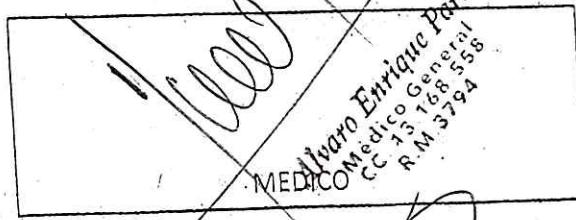
Dolor Crónico (R522)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien hace aprox. 30 años presenta de-
terioro neuromotor progresivo ocasionando paraplejia
Espástica. Adquiere se le diagnosticó Adelgazamiento
del cordón medular y por infectología Paraplejia
Espástica Tropical. Al momento presenta hipo-
estesia en miembros inferiores, deformidad en in-
versión y flexión metatarsianos, debilidad marco-
nigra neurogénica, no controla Esfínteres. Utiliza pa-
nal permanente, alfaq generalizada. Se desplaza
en Silla de Ruedas. Recibe tratamiento farmacológico
permanente. Dependiente de todas las actividades de
la Vida Diaria. Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Motor-
Sensorial)





SANATY IPS S.A.S.
 CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 330333455 Nit: 900748002-0
 HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
 Historia Nº: 60407897
 Código Habilitación: 540010237501
 Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS

Sexo: F

Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Tipo y número de documento: CC 60407897

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Teléfono: 3103167321

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Grupo Sanguíneo O +

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A./258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Usuario: Subsiadiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita Nº: 66388

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

DATOS RESPONSABLE

DATOS RESPONSABLE

Parentesco: SIN ESPECIFICAR	Nombres: LIZVANIA VASSILACOS	Tipo de Identificación: CC	Número Documento: 60407897
País: COLOMBIA	Departamento: NORTE DE SANTANDER	Municipio/Ciudad:	Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA
Teléfono/Celular: 3103167321			

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

MC: ***SÉPTIMA SESIÓN***

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA, DE 47 AÑOS, CON CUADRO CLÍNICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR OSTEO muscular GENERALIZADO, DE INTENSIDAD 8/10 EVA, DIARIO, PERSISTENTE, ASOCIADO A SENSACIÓN DE CANSANCIO Y FATIGA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 5/10 EVA.

1. SECUELAS DE PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL
2. DOLOR NEUROPÁTICO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN GENERALIZADO, ASOCIADO A DISMINUCIÓN DE FUERZA EN MIEMBROS INFERIORES
3. DOLOR CERVICAL Y DORSAL, DIARIO, PERSISTENTE, DE INTENSIDAD 8/10 EVA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 6/10 EVA.
4. DOLOR LUMBO-SACRO, DIARIO, PERSISTENTE, DE INTENSIDAD 8/10 EVA. ACTUALMENTE EN INTENSIDAD 6/10 EVA.

REVISIÓN POR SISTEMAS

PIEL:

NORMAL

OSEO:

NORMAL

CIRCULATORIO:

NIEGA

URINARIO:

NORMAL

SANGRE:

NORMAL

COLAGENO:

NORMAL

ARTICULAR:

NORMAL

RESPIRATORIO:

NORMAL

GENITAL:

NORMAL

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

NORMAL

LINFATICO:

NORMAL

NERVIOSO:

NORMAL

DIGESTIVO:

NORMAL

ENDOCRINO:

NORMAL

PSIQUICO:

NORMAL

NIEGA REVISIÓN POR SISTEMAS:

NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES



SANATY IPS S.A.S.
 CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
 HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
 Historia N°: 60407897
 Código Habilitación: 540010237501
 Sistemas CitiSalud SAS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Sexo: F

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS
 Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Tipo y número de documento: CC 60407897

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Teléfono: 3103167321

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Usuario: Subsiadiado

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Cita N°: 66388

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

Digestivos		
Ginecologicos		
Urologicos		
Infectocontagiosas		
Hospitalarios		
Traumaticos		
Toxicos		
Alergicos		
Patologico	• Otros	- INFANCIA: NIEGA - 24 AÑOS: TRAUMATISMO EN REGION LUMBO-SACRA PR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA (INICIA CUADRO DE DOLOR GENERALIZADO, DISMINUCION DE LA ESTABILIDAD Y FUERZA EN MMIISS) - 40 AÑOS: COLELAP - 41 AÑOS: PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL HTLV 1 Y 2
Neurologicos		
Cardiovasculares		
Pulmonares		

ANTECEDENTES FAMILIARES

PATOLOGICOS:

NIEGA DE IMPORTANCIA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 120/80 GLAS: 15/15 FC: 70 x min PESO: 49 Kg TALLA: 150 PC: 60 cm IMC: 21.78 SUP: 1.43 m2 FR: 12 x min
 mmHg puntos cm Kg/m2 TEMP: 36.5 °C PM: 14 cm

SAT: 100 % TAM: 93.33
 mmHg

IMC: De 18.6 A 24.9

INTERPRETACIÓN: PESO NORMAL Usted tiene un peso normal. Controle su peso mensualmente, incluya el consumo de frutas y verduras en su alimentación diaria y haga ejercicio de manera regular.

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES

BUENAS CONDICIONES GENERALES. ALERTA, ATENTA, CONCIENTE. C/C: NORMOCERATO, PINRAL, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS SIMÉTRICOS, SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESSIBLE, NO DOLOROSO. EXT: SIN EDEMAS. PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO LUMBO-SACRO. NEUROLÓGICO: SECUELAS PROPIAS DE SU PATOLOGÍA DE BASE.

NEUROLOGICOS

CARDIO-PULMONAR

PIEL

CABEZA

OTORRINOLARINGOLOGIA

CUELLO

TORAX

ABDOMEN

EXTREMIDADES

GENITO-URINARIOS

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

NO

SINTOMÁTICO DE PIEL

NO

PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o NO)

NO

EXAMEN MENTAL

..

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No



SANATY IPS S.A.S.
 CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
 HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
 Historia Nº: 60407897
 Código Habilitación: 540010237501
 Sistemas CitiSalud SAS

Fecha Impresión: 27/10/2023 10:36

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Sexo: F

Nombres y apellidos: LIZVANIA VASSILACOS

Fecha Nacimiento: 02/08/1974

Edad: 48 A 7 M 15 D 13 H 40 Min

Tipo y número de documento: CC 60407897

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Dirección: CALLE 10 N 6 71 LA PALMITA

Barrio: URBANO

Zona Residencial: Urbana

Teléfono: 3103167321

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación:

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A./258-MOD.PAGO GLOBAL PROSPECTIVO COOSALUD SUB

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Tipo Usuario: Subsiadiado

Fecha Ingreso: 17/03/2023 13:40

Fecha Atención: 17/03/2023 16:16

Cita N°: 66388

Fecha Salida: 17/03/2023 16:16

Especialidad: MEDICINA ALTERNATIVA Y NEURALTERAPIA

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

RESULTADO AYUDAS DIAGNOSTICAS

RESULTADOS:
NO APLICA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: R522 - OTRO DOLOR CRONICO **OBSERVACION:** 1. PARAPARESIA ESPASTICA TROPICAL 1.1. DOLOR NEUROPATHICO GENERALIZADO 1.2. PARAPLEJIA 2. SINDROME MIOFASCIAL 2.1. SINDROME ATRAPAMIENTO CLUNEAL 2.2. NEURITIS DEL OCCIPITAL **TIPO DE DIAGNÓSTICO:** Impresión diagnóstica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

1. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #2 PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO DORSAL PARAVERTEBRAL, A NIVEL DE T9, SIN COMPLICACIONES
2. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #5 PUNTOS DOLOROSOS EN SEGMENTO LUMBO-SACRO, SIN COMPLICACIONES
3. PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE #1 PUNTO DOLOROSO EN SEGMENTO DE CADERA IZQUIERDA, SIN COMPLICACIONES
4. CONTROL EN 2 MESES
5. CONTINUA MANEJO MEDICO:
 * PREGABALINA CAPSULA 150MG - TOMAR 1 CAPSULA CADA NOCHE #30
 * ACETAMINOFEN 500MG - TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS #90
 * METOCARBAMOL 750MG - TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS #60

Andrea Tarazona
 Dra. Andrea Tarazona
 MEDICO ESPECIALISTA
 MEDICO EN NEUROLOGIA
 MEDICO EN MEDICINA ALTERNATIVA

ANDREA TARAZONA RAMIREZ
 Registro Medico 54-3364
 MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: BUI21 - LEIDY DIANA BUITRAGO FLOREZ

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	60407897
NOMBRES	LIZVANIA CRISTINA
APELLIDOS	VASSILACOS MORA
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/04/2024 16:04:53 | 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

Fecha de consulta:

04/07/2024

Ficha:

54874048551200000043

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIZVANIA CRISTINA

Apellidos: VASSILACOS MORA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60407897

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

27/07/2019

Última actualización ciudadano:

07/07/2020

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ARTICULO 130 LEY 142/94,
SOMOS AUTORRETIENEDORES RES. 0547 DE 25/01/2002 Y GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 01220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022.

Gases del Oriente
S.A. E.S.P.
NIT. 890.503.900-2
CI 10 5-84 OF. 201 EDIFICIO SEADE

TOTAL A PAGAR **\$14.000**

Pago Oportuno Hasta

Fecha de Suspensión **29-ABR.-2024**

Fecha de Expedición **30-ABR.-2024**

12-ABR.-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR:

Nombre: LIZVANIA CRISTINA VASSILACOS MORA

Dirección: CL 10 # 6 - 71

Barrio: LA PALMITA

Municipio: VILLA DEL ROSARIO

Estrato:

Clase de Uso:

Ciclo:

35

DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO

30630415

Días Facturados

Periodo Facturado 30

Ultimo Pago

05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

04-ABR.-2024

125393

VALORES EN RECLAMACIÓN
VALORES PROCESO

\$0

Atraso:

0

CONSUMOS						DESCRIPCIÓN DEL COBRO	
TARIAS DE CONSUMO POR RANGO							
						COMPONENTES TARIFARIOS	VALOR
CONSUMO MES: 8,55						SUB-TOTAL	\$13.938
Causa Cobro Consumo Prom Lectura Anterior Lectura Actual Consumo M3 Factor Consumo Corregido Poder Calorífico (BTU/Pc) Consumo Kw/H Factor Kw/H						Interes por Mora	\$61,64
1010 1019 9,00 0,9495 x 8,55 1069,00 94,56 11,06						TOTAL A PAGAR	\$14.000
INDICADORES DE CALIDAD						CUPO DISPONIBLE	\$0
ESTADO DEL CRÉDITO							
CONCEPTO						NUEVO SALDO DE CAPITAL	CUOTAS PEND.
SALDO ANTERIOR DE CAPITAL							
DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA							
M3 9 9,51 7,6 9,5 7,56 4,71 15,09							
Mes Prom MAR FEB ENE DIC NOV OCT							

Si tiene dudas o necesita más información acerca de su factura, puede contactarnos a través de nuestro sitio web o en nuestras Líneas de Atención al Cliente.

*Por su seguridad, la de su familia y vecinos no obstaculice el acceso al centro de medición con ningún tipo de elemento (rejas, maderas, materiales o etc.), el acceso al medidor es necesario al momento de una emergencia. Ley 142 del 94

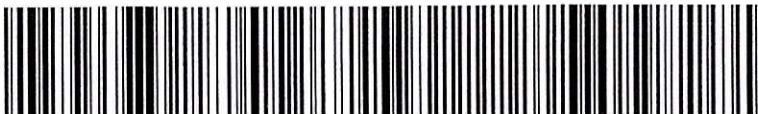
GASES DEL ORIENTE S.A. E.S.P. informa que conforme a lo establecido en la Resolución CREG 059 de 2012 debe presentar su CERTIFICADO DE CONFORMIDAD que acredite que la instalación de gas y los gasodomésticos cumplen con las condiciones técnicas de seguridad para la prestación del servicio, PLAZO VENCE: 30/09/2024

ESCANEAR Y PAGA



Apreciado usuario, recuerde. El pago oportuno de su factura le evitará la suspensión del servicio y un posible reporte negativo ante las centrales de Riesgo (Art. 12, Ley 1266 de 2008)

Super servicios NIT# 2-5-4061900-8



(415)7709998000674(8020)30630415(3900)0000014000(96)20240429

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO
PERÍODO FACTURADO
DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.
VALOR HASTA
TOTAL A PAGAR

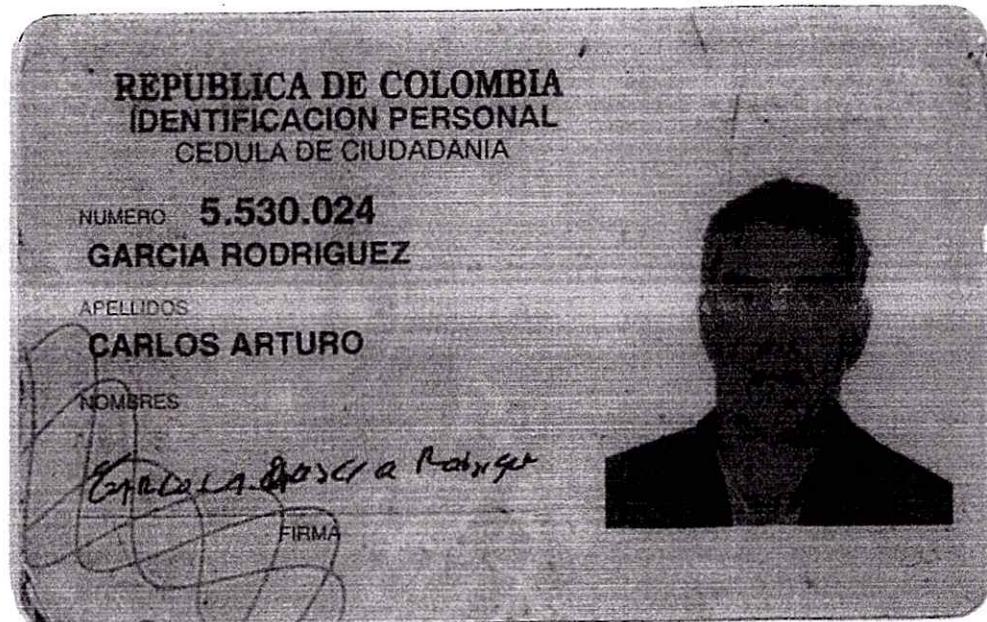
125393

05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

30630415

29-ABR.-2024

\$14.000



3103767327
3718603050

linethlane@gmail.com



**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	LIZVANIA CRISTINA VASSILACOS MORA
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	60.407.897 de Villa del Rosario
Edad	49 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 10 #6-71 Barrio La Palmita
Teléfono fijo	3103167321
No. de Celular (2 números si es posible)	3118603050
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Linethlane@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	CARLOS ARTURO GARCIA RODRIGUEZ
Parentesco de la PCD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	5.530.024 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3118603050

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)	1025962
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G041 – R522
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	