

**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	29 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	29 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	1.092.386.244 de Villa del Rosario
Edad	26 Años
Género	Femenino
Dirección	Calle 3 #9-76 Barrio Bellavista
Teléfono fijo	3142937170
No. de Celular (2 números si es posible)	No tiene
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Freddihernandez52@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/>) No Aplica: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	FREDI HERNANDEZ MELGAREJO
Parentesco de la PCD	Padre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.187.775 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3142937170

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)	679882
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F841 – R463 – F801 – R418
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.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	

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: F841 - R463 - F801 - R418

- Confirmación de Registro
- Autorización registrada exitosamente con código: 679882

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.092.386.244**

HERNANDEZ ARCHILA

APELLIDOS

ANGIE MELISSA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1998**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+**
ESTATURA G.S. RH

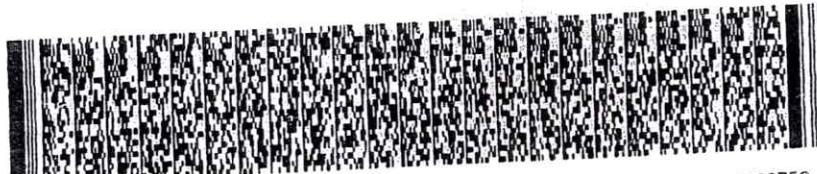
F
SEXO

01-JUL-2016 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-2510000-00840034-F-1092386244-20160713

0050459036A 1

46109752

SESE Hospital

Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Fernandez	2do. Apellido Archila	Nombres Angie Melissa	DOCUMENTO: 1092386244
Edad : 313	Estado Civil : Soltera	Escolaridad: 0/ Años	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M
Dirección: Calle 3 N° 9-76 B. Bellavista 0/ Años		Teléfono: 314/2937170	
			30/5793506

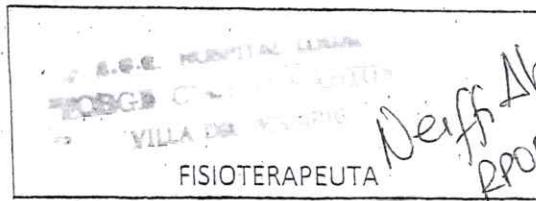
FECHA: AÑO: 2024 MES: 02 DIA: 09

DIAGNÓSTICO: Autismo Atípico (F841) Hiperactividad (R463)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Trastorno lenguaje Expresivo (F801).

Paciente que a los 3 años se le diagnosticó Autismo. A la Valoración presenta alteración de la conducta y el comportamiento, alteración del lenguaje y la comunicación, comandos repetitivos, Irritabilidad ocasional, hiperactividad y déficit atencional, Insomnio ocasional. Recibe tratamiento farmacológico permanente (Risperidona - Eszopiclona), Ansiedad, Episodios Ira, Autogresión. Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas. Requiere Acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Mental-lenguaje)



SERVICIO DE TERAPIAS

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA Identificación : CC 1092386244
 Sexo : F Edad : 25 Años Fecha de Nacimiento : 6/06/1998 Teléfono: 3142937170 Estado Civil : SOLTERO(A)
 Dirección: CLL 3 # 9-76 BELLAVISTA- VILLA ROSARIO Ocupación : HOGAR Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO
 Tipo de Usuario : Subsidiado Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
28/05/2024	10:07	120/80	78	18	1	60	158

Servicio: 890374-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

MOTIVO DE CONSULTA:
Control de autismo

ENFERMEDAD ACTUAL:

Asiste a control en compañía del padre por autismo de etiología no conocida hasta el momento mas TDH asociado como comorbilidad.
Comenta que ha aumentado de peso, está más tranquila pero come mucho.

Paraclinicos:

Resonancia cerebral simple bajo sedación dentro de límites normales del 06/09/23

ESTA EN MANEJO CON:

MELATONINA CAPSULA BLANDA 3 MG TOMAR 2 CAPSULAS EN LA NOCHE VIA ORAL 8 PM
QUETIAPINA TABLETA 25 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL 8 PM

ANTECEDENTES

Profesión: Ninguna
Lateraldad: Derecha
Alergias: Niega
Patológicos: Trastorno del espectro Autista
Fármacos: Terapia física, Ocupacional, Lenguaje, Psicoterapia.
Quirúrgicos: Niega
Hospitalizaciones: Posquirúrgico
Tóxicos: Niega
Familiares: No refiere
Vacunas Covid-19: No se ha vacunado.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Respiratorio: Normal. , NeuroPsiquiátrico: Normal. , Órganos de los sentidos: Normal. , Cardiovascular: Normal. , CardioPulmonar: Normal. , Neurológico: Normal. , Circulatorio: Normal. , Hematopoyético y Linfático: Normal. , Endocrinológico: Normal. , Gastrointestinal: Normal. , Renal: Normal. , Genitourinario: Normal. , Piel y Faneras: Normal. , OsteoMuscular: Normal. , Otros cuáles?: Normal.

referidos

EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal. , Nariz: Normal. , Boca: Normal. , Cuello: Normal. , Tórax: Normal. , Abdomen: Normal. , Genitourinario: Normal. , Osteoarticular: Normal. , Sistema Nervioso: Normal. , Piel: Normal. , Musculo - Esquelético: Normal. , Neurológica - Esfera mental: Normal. , CardioPulmonar: Normal.

EXÁMEN GENERAL:

Bien estado general

Atendido por:

MAY LEONARDO BELLO DAVILA

CC. 1090382194

NEUROLOGIA

Reg Prof. 54-5715

1 de 2

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : ANGIE MELISSA HERNANDEZ ARCHILA

Identificación : CC 1092386244

Sexo : F Edad : 25 Años Fecha de Nacimiento : 6/06/1998

Teléfono: 3142937170

Estado Civil : SOLTERO(A)

Dirección: CLL 3 # 9-76 BELLAVISTA- VILLA ROSARIO

Ocupación : HOGAR

Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO

Tipo de Usuario : Subsidiado

Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO

Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Se consigue mejor control de inquietud motora, pero ahora tiene obesidad abdominal por ende se indica valoracion por clinica de obsesidad.y se maniene su terapia fisica ABA ahora con mayor enfasis en psicologia para mejor control conductual.

CIE10: R418-OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y L

TRATAMIENTO:

MELATONINA CAPSULA BLANDA 3 MG TOMAR 2 CAPSULAS EN LA NOCHE VIA ORAL 7 PM POR 6 MESES CANTIDAD: 360 TABLETAS

QUETIAPINA TABLETA 25 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL 8 PM POR 6 MESES CANTIDAD: 180 TABLETAS

CÓDIGO ATC C10AX06 ÁCIDOS OMEGA 3 CAPSULA TOMAR 1 CAPSULA DESPUES DE ALMUERZO POR 6 MESES CANTIDAD: 180

CAPSULAS

CITRATO DE MANESIO TABLETA 400 MG TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL POR 6 MESES CANTIDAD: 180 TABLETAS

Se solicita cuidador diurno de lunes a sabado 12 horas diarias 6 meses

Se solicita visita domiciliaria para ver necesidades de cuidador

Valoracion por clinica de obsesidad

352 sesiones de terapia ABA intra y extramurales individualizadas para 6 meses, 44 horas a la semana de lunes a sabado incluye:

terapia integral ocupacional individualizadas 88 sesiones

terapias de lenguaje individualizadas 88 sesiones

terapias fisicas individualizadas 44 sesiones

terapia psicologicas individualizadas 176 sesiones

valoracion por medicina familiar

Control en 6 meses

Atendido por:

MAY LEONARDO BELLO DAVILA

CC. 1090382194

NEUROLOGIA

Reg Prof. 54-5715

2 de 2

Registro válido

Fecha de consulta:

09/07/2024

Ficha:

54874351556500003509

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE MELISSA

Apellidos: HERNANDEZ ARCHILA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1092386244

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2021

Última actualización ciudadano: 15/07/2021

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

*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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1092386244
NOMBRES	ANGIE MELISSA
APELLIDOS	HERNANDEZ ARCHILA
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/09/2024 15:13:29 | 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



ESTA FACULTA PERTENECE A LA EPS DEL ORIENTE
ESTA AUTORIDAD ESTÁ DEDICADA A PROPORCIONAR SERVICIOS DE SALUD
TEL: 043 5122 0000 / 043 5122 0001

CÓDIGO USUARIO Y O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO

85481

TOTAL A PAGAR NO PAGAR

Pago Oportuno Hasta 29-ENE.-2024
Fecha de Suspensión 30-ENE.-2024
Fecha de Expedición 15-ENE.-2024

DOCUMENTO
EQUIVALENTE NO 29931573

\$0



DATOS DEL USUARIO

Nombre CLAUDIA YOLLET ARCHILA CARVIALE
Número de Cuenta 2 7644 602350309112
Dirección CL 3 # 9 - 76
Colonia/Barrio DOM. Munic. Av. 010-9-740021
Barrio BELLAVISTA
Municipio VILLA DEL ROSARIO

CONSUMO MES	0,00	DETALLE	DETALLE	DETALLE
Consumo Usado				
Consumo Nuevo				
lectura Anterior	2645			
Lectura Actual	2645			
Consumo M3	0,00			
Factor	0,9498 x			
Consumo Corregido	0,00			
Primer Censoficio difuntas	1043,00			
Consumo Kwh	0,00			
Factor Kwh	10,80			
TOTAL CONSUMO	0,00			

MES	PEL	G	PEL	M3

DETALLE DE CAPITAL		DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA				CUPO DISPONIBLE	\$0
CONCEPTO	SALDO ANTERIOR DE CAPITAL	ABONO CAPITAL	INT. FINANCIACION	VR. CUOTA	NUEVO SALDO DE CAPITAL		

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

SCANEAR Y PAGAR



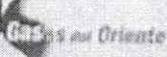
Apreciado usuario, recuerde. El pago oportuno de su factura lo evitará la suspensión del servicio y un posible reporte negativo ante las centrales de Riesgo (Art. 12, Ley 1266 de 2008)

Vigilante Super Servicio 2000 2 4001000-2



(415)7209998000874(8020)29931573(3900)00000000(96)20240129

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CODIGO DE BARRAS



CONSUMO CORREGIDO
RECIBIRÉS UNA NOTIFICACIÓN
DETALLADA
EN CASO DE SANTO SEÑOR
PAGAR PESO
TOTAL A PAGAR

85481

29-ENE-2024
29931573

29-ENE-2024
NO PAGAR