

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.170.796

RODRIGUEZ  
APELLIDOS

JOSE RAFAEL  
NOMBRES

*Jose Rafael Rodriguez*  
FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1963

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M  
ESTATURA G S RH SEXO

10-DIC-1981 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

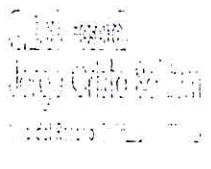


A-2510000-00174432-M-0013170796-20040401 0015606863A 7580000554

Cel. 312-7301504

311-5172794

Correo Electrónico : marymogollon138@gmail.com

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

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <b>Rodriguez</b>	2do. Apellido	Nombres <b>José Rafael</b>	DOCUMENTO: <b>13170796</b>
Edad: <b>58</b>	Estado Civil: <b>Casado</b>	Escolaridad:	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: <b>ST Casa 7 Barrio la Villa U/Rosario</b>		Teléfono: <b>312/7301504</b>	

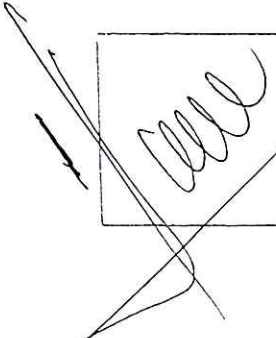
FECHA: AÑO: **2022** MES: **05** DIA: **26**

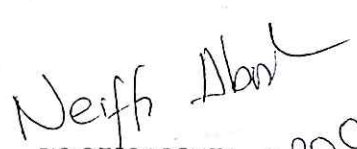
DIAGNÓSTICO: **Secuelas Poliomelitis Infantil A809**

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA: **Hemiparesia Izquierda F802**

Paciente quien desde el nacimiento se le diagnosticó trastorno neurológico Poliomelitis Infantil que generó como secuela hemiparesia Izquierda, trastorno articular en cadera Izquierda con Atrofia miembro Inferior Izquierda, Neuropatía periférica con alteración de ambulación, marcha de segador, trastorno de la coordinación y el equilibrio, Inestabilidad Articular con aumento de poligono sustentación. Dificultad para trasladarse por trams. largos e Inestables, dolor ante posturas prolongadas. Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas, Desplazamiento y Destreza

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADO** (Motora-Sensorial)

  
MEDICO **Enrique Parra**  
Medico General II  
C.C. 13.108.558  
R.M. 2794

  
FISIOTERAPEUTA **Neiff Abal**  
R.P. 006392



**INTEGRADOS EN SALUD I.P.S. LTDA****CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

**FECHA :** 20/12/2023 02:18:46**INGRESO :** 420069**RODRIGUEZ JOSE RAFAEL****CC - 13170796****Edad :** 60A 1M 26D**Sexo :** Masculino**Nacimiento :** 24/10/1963**Teléfono :** 3127301504**Dirección :** manz A CASA 7 LA VILLA**Empresa :** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.**CAUSA EXTERNA:** 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO. ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.**MOTIVO CONSULTA:** " DOLOR EN CADERAS "

**ENFERMEDAD ACTUAL :** MASCULINO QUIEN ACUDE A CONSULTA MEDICA, CON CC DE LARGA DATA, REFIRIENDO EPISODIOS DE DOLOR EN CADERAS Y COCCIS. CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO NEUROLÓGICO POR POLIOMIELITIS INFANTIL CON HEMIPARESIA IZQUIERDA, TRASTORNO ARTICULAR EN CADERA IZQUIERDA CON ATROFIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, NEUROPATIA PERIFERICA CON ALTERACION DE DEAMBULACION. ADEMAS REFIERE DIFICULTAD PARA LA VISION.

**PARACLINICOS :****ANTECEDENTES :**

TRANSFUSIONALES: NIEGA.

PATOLÓGICOS: POLIOMIELITIS, DISPLASIA CADERA IZQ.

**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 :** 70 kg**Temperatura :** 37 °C**Presión Arterial Sistólica:** 120 mmHg**Talla :** 170 cm**Frecuencia Respiratoria :** 15 R x Min**Presión Arterial Diastólica :** 80 mmHg**I.M.C. :** 24.22 kg/m2**Frecuencia Cardíaca :** 68 L x Min**EXÁMEN FÍSICO :**

Osteoarticular (Normal). HEMIPARESIA IZQ.

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

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

TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal).

NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL) (Cantidad: 2) DER E IZQ

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (Cantidad: 1) 1 UND

TERAPIA FISICA INTEGRAL (Cantidad: 10) 10 UND

DEXIBUPROFENO 400MG TAB (Cantidad: 15) TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HRS. SI PRESENTA DOLOR

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA (Cantidad: 1) 1 UND

**ANALISIS :**

PCTE CON DX ANOTADOS. EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO. SE FORMULA ANALGESIA. SS RX CADERAS. SS TERAPIA FISICA. VAL FISIATRIA. SE DAN RECOMENDACIONES.



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 20/12/2023 02:18:46

INGRESO : 420069

RODRIGUEZ JOSE RAFAEL

CC - 13170796

Edad : 60A 1M 26D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 24/10/1963

Teléfono : 3127301504

Dirección : manz A CASA 7 LA VILLA

Empresa : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

DIAGNÓSTICO :

B91X - SECUELAS DE POLIOMIELITIS - (Confirmado Repetido)

G819 - HEMIPLEJIA NO ESPECIFICADA

Q658 - OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA

H538 - OTRAS ALTERACIONES VISUALES

*Jairo Gomez Jimenez*  
RM 1094246587.

GOMEZ JIMENEZ JAIRO ANTONIO  
Tarjeta Médica Nro. RM 1094246587  
MEDICINA GENERAL

## 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	13170796
NOMBRES	JOSE RAFAEL
APELLIDOS	RODRIGUEZ
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: 07/08/2024 13:48:43 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

Registro válido

Fecha de consulta:

18/12/2023

Ficha:

54874047554000001730

A4

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE RAFAEL

Apellidos: RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13170796

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/08/2019

Última actualización ciudadano:

23/08/2019

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

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co





Recibo Oficial de  
ALCALDIA MUNI  
Ley 44/1990 - DIVIS

3804

FECHA: 19/02/2024 HORA: 08:05:33  
VENDEDOR: 1090409070  
OFICINA: V. ROSARIO  
NIT: 890501734-7  
PUNTO DE VENTA: NULL  
NUMERO TRANSACCION: 12880899  
TIPO TRANSACCION: RECAUDO

CODIGO SEGURIDAD  
73762>653533H4

CODIGO CONVENIO: 0010032499000  
CONVENIO: 32499 IMP PREDIAL VILLA DEL ROSARIO  
JFC: A0057755333  
RECIBO: 010000569968  
VALOR: 3600  
FECHA: 20240331

COMISION: \$0  
VALOR PAGO: \$3,600  
FECHA DEL PAGO: 19/02/2024 HORA: 08:05:33  
2

BOYA ES RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS  
PRESTADOS POR EL CORRESPONSAL

LIQUIDACIÓN OFICIAL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO P  
SUBSECRETARIO DE RENTAS E IMPUESTOS

Fecha Emisión: 19/02/2024 Fecha Vencimiento: 31/03/2024 Tarifa: 5.00  
Código Catastral: 01-02-1043-0001-191 Período: 2024  
Propietario: MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ Documento: 37505689  
Dirección: ST A CS 7 BR LA VILLA Interés Mora: .00  
Estrato: 1 Tipo Predio: URBANO - HABITAD

CONCEPTO	VIGENCIA 2024	INTERESES 2024	VIGENCIA 2023	INTERESES 2023
IMPUESTO PREDIAL	2,400.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA AMBIENTAL	700.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA BOMBERIL	200.00	0.00	0.00	0.00
SOBRETASA GESTION RIESGO DESASTRES	1,000.00	0.00	0.00	0.00
TOTALES	4,300.00	0.00	0.00	0.00

FACTU

predial@villarosario.gov.co

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTA - SUPERGIROS

DI  
DE:

TOTAL 3,600.00

CUPON DEL USUARIO

ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO

Impreso el:	19/02/2024	% Interes	.00	5.00
Código Catastral:	01-02-1043-0001-191	ID:	37505689	
Dirección:	ST A CS 7 BR LA VILLA			
Nombre:	37505689 - MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ			
Área Terreno:	0.00	Área Construida:	17.00	
Último Avalúo:	487,000.00			

RECIBO No.		SISTEMATIZACIÓN	
FT00569968		0.00	
TOTAL A PAGAR			
3,600.00			
DCTO. PRONTO PAGO		DCTO. INTERESES	
700.00		0.00	
		DCTO. CAPITAL	
		0.00	
FECHA LIMITE		31/03/2024	
CUPÓN DE TESORERÍA			

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTA - SUPERGIROS

CONCEPTO	VIGENCIA 2024	INTERESES 2024	VIGENCIA 2023	INTERESES 2023	OTRAS VIGENCIAS	INT. OTRAS VIG.	TOTALES
IMPUESTO PREDIAL	2,400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,400.00
SOBRETASA AMBIENTAL	700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	700.00
SOBRETASA BOMBERIL	200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	200.00
SOBRETASA GESTION RIESGO DESASTRES	1,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,000.00

INF. DEL PAGO FECHA LÍMITE: 31/03/2024 Impreso el: 19/02/2024  
Código Catastral: 01-02-1043-0001-191  
Nombre: 37505689 - MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ  
ID: 37505689

PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTA - SUPERGIROS



(415)770998939677(8020)010000569968(3900)0000003600(96)20240331

RECIBO No.	FT00569968
TOTAL SIN DCTO	4,300.00
DESCUENTO PRONTOPAGO	700.00
DESCUENTO INTERÉS MORA	0.00
DESCUENTO CAPITAL	0.00
TOTAL A PAGAR	3,600.00
CUPÓN DEL BANCO	
ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO	
IMPRESO POR: JULIANA	

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.505.689  
MOGOLLON GONZALEZ

APELLIDOS  
MARY ISABEL

NOMBRES  
Mary Isabel Mogollon G

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1983  
VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 0+ F  
ESTATURA G.S RH SEXO

26-JUN-2001 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES





2510000-00244511-F-0037505689-20100713 0022693872A 1 33712878



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

<p><b>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</b></p>	
<p><b>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024
<p><b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</b></p>	
Nombre Completo	<b>JOSE RAFAEL RODRIGUEZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> )    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	13.170.796 de Villa del Rosario
Edad	60 años
Género	Masculino
Dirección	ST Casa 8 Barrio La Villa
Teléfono fijo	3127301504
No. de Celular (2 números si es posible)	3115172794
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:Marymogollon138@gmail.com">Marymogollon138@gmail.com</a>
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: ( )
Nombre Completo del Representante	MARY ISABEL MOGOLLON GONZALEZ
Parentesco de la PcD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	37.505.689 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3115172794
<p><b>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</b></p>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	<b>1272294</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx o Dx relacionado con la discapacidad)	A809 – G802 – B91X – G819 – Q658 – H538
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"/> <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

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

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: <b>Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita</b> Teléfono: <b>3188631534 Para Citas</b> Email: <b>aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com</b>
<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: <u>  X  </u> 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: <b>X</b> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleane Esther Flórez Ramos
Cedula 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	