

**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	30 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	30 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	MIGUEL ANGEL RAMIREZ RANGEL
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	1.127.065.327 de Consulado San Antonio
Edad	47 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 11 #2-60 Barrio San Martín
Teléfono fijo	3203605131
No. de Celular (2 números si es posible)	3026000735
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	anarojas73@yahoo.es
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	ANA LEONILDE ROJAS MERCHAN
Parentesco de la PCD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.093.771.272 de Los Patios
Teléfono fijo y/o No. de celular	3203605131

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)	617458
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H521 – H334 – H544 – H270 – H998 – H520 – H401
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	

CC 1127065327 MIGUEL ANGEL RAMIREZ RANGEL

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: H521 - H334 - H544 - H270 - H998 - H520 - H401



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 617458



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1977**

SAN CRISTOBAL TACHIRA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 AB+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

24-OCT-2017 CON SAN ANTONIO TACHIRA VEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VASCONCELOS



P-8881555-00957856-M-1127065327-20171122 0058571642A 1 48216444



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:
Ramirez	Rangel	Miguel Angel	1127065327
Edad : 45	Estado Civil : Casados	Escolaridad: 2º Bachiller	Género: F M X
Dirección:	B. San Martín Cta 11 N° 260 O/Rio	Teléfono:	320/3605131

FECHA: AÑO: 2022 MES: 11 DIA: 01 333 64 81 516

DIAGNÓSTICO: Cequera Opto Derecho (H544) Miopía (H521)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Desprendimiento Retina Bilateral (H1334)

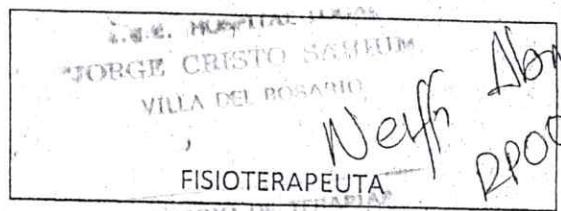
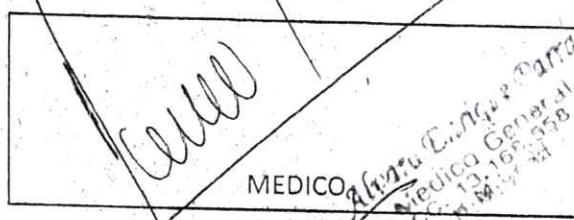
Paciente quien desde los 7 años se le diagnosticó Miopía, ajustó lente apox. 18 años presentó desprendimiento Retina Bilateral, Afagua en Ojo Derecho y Seudofagua Ojo Izquierdo, cambios maculares, visión subnormal en Ojo Izquierdo, Nula en Ojo Derecho, Coroidosis. Se le han realizado tres intervenciones quirúrgicas sin mejoría notable.

A la Valoración presenta alteración de la postura y el seguimiento visual, Alteración reflejos prueba Romberg +, Alteración Coordinación y el Equilibrio. Semidependiente Act. Destreza y Dependiente Act. Vida Diaria.

Requerido Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA



CENTRO DE OFTALMOLOGIA FLOREZ LEMUS - UNIOPTICA LTDA
NIT: 890503772-6



HISTORIA CLINICA - EVOLUCION

IDENTIFICACION 1127065327 RAMIREZ RANGEL MIGUEL ANGEL

FECHA DE NACIMIENTO 07/03/1977 EDAD 45 Años 0 Mes 30 Días

Página 1

OCCUPACION NA

DIRECCION SAN MARTIN CAR 11 2-60

RESPONSABLE ANA ROJAS

TELEFONO: 3107631675

ENTIDAD COOSALUD EPS S.A. (CAPITA)

TIPO DE USUARIO SUBSIDIADO

FECHA 06/04/2022 HORA 10:33

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA AO, OD EN 2005 OPERADO EN SAN CRISTOBAL VENEZUELA.
POSTERIORMENTE EN 2013 OI DESPRENDIMIENTO DE RETINA POR TRAUMA OPERADO EN SAN CRISTOBAL.
EN 2018 VPP + IMPLANE ZRIO DE LIO EN OI.
HACE 2 SEMANAS RECOLOCACION DE HAPTICA SUBLUXADA A CAMARA ANTERIOR EN OI.
PENDIENTE VPP + IMPLANTE ZRIO.

S/ ASINTOMATICO

AVsc/

OD:CD

OI: 20/100

9-10-2022
11:00 am
A.M.

BIO/

OD: CORNEA CLARA, AFAQUIA

OI: CORNEA CLARA, PSEUDOFAQUIA BIEN.

TIO: 12 Y 18mmHg

F DE O/

SIN CAMBIOS

DIAGNOSTICOS

H270 - AFAQUIA - OD

H998 - PSEUDOFAQUIA - OI

H520 - HIPERMETROPIA - AO

H401 - GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO - AO

CONDUCTA

SS/ BIOMETRIA DE AFAQUIA OD

CONTROL DR MOZO PARA VALORACION Y DEFINIR SI SE BENEFICIA CON CIRUGIA O NO DEL OD.

TIMOLOL + DROZOLAMIDA GOTAS C/12H EN AO.

ACTIVIDADES PACIENTE

GABRIEL FERNANDO FLOREZ ECHEVERRIA
C.C. 13.000.305
R.M. 190

MEDICO GABRIEL FERNANDO FLOREZ ECHEVERRIA OFTALMOLOGO REG. MED. 190

06/04/2022 11:40:16



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	1127065327
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	RAMIREZ RANGEL
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	24/01/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/30/2024 09:52:12 **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:

30/07/2024

Ficha:

54874057553100000075

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIGUEL ANGEL

Apellidos: RAMIREZ RANGEL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1127065327

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/08/2019

Última actualización ciudadano:

03/08/2019

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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



 INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1973**

SAN ANTONIO
VENEZUELA

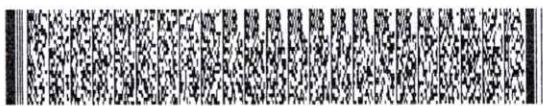
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

21-FEB-2012 LOS PATIOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GAVIRIA VACA



P-2505400 00992147-F-1093771272-20180405 0060622225A 1 9903827513