

CC 1127065054 GONZALO MARTINEZ MARTINEZ

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: H544



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 622537



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: GONZALO MARTINEZ MARTINEZ	IDENTIFICACION: CC 1127065054	HC: 1127065054 - CC	EDAD: 62 Años	SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 7/4/1962	RESIDENCIA: BB GRAMALOTE	TELEFONO: 3192367348	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCCUPACION: DESEMPLADO		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: -	FACTOR RH:	
FECHA INGRESO: 12/6/2024 - 09:56:39	FECHA EGRESO: 12/6/2024 - 11:20:49	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 04 - CONSULTA EXTERNA PRINCIPAL	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL:			
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN: NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO		TIPO AFILIADO: Beneficiario	
IPS: SEDE PRINCIPAL	DIRECCION: Avenida 1 # 15-04 La Playa		TELEFONO IPS: 607-5960150	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2024-06-12	11:04 CINDY.RUBIANO - CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ			

APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION		FECHA/HORA
	890376	POS CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		12/6/2024 - 11:04:21
	Observacion	EN 6 MESES		
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLOGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	Profesionales	Profesional: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ CC - 57462323 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ		
	Diagnosticos Presuntivos			
	890207	POS CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		12/6/2024 - 11:04:21
	Observacion			
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLOGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	Profesionales	Profesional: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ CC - 57462323 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ		
	Diagnosticos Presuntivos			

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2024-06-12 11:04	<p>CINDY.RUBIANO - CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA</p> <p>PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL, OJO UNICO FUNCIONAL OJO DERECHO, ULTIMA CONSULTA HACE 2 AÑOS , CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA DE VITREC POST + CERCLAJE ESCLERAL + LASER + FACO SIN LIO + SILICON OI Y VITRECT POST + RETIRO MATERIAL IMPLANTADO + LASER + IMPLANTE DE LENTE SECUNDARIO + SILICON OI</p> <p>REFIERE QUE HA NOTADO QUE SU OJO SE LE ESTA CERRANDO, REDUCIENDO Y CAMBIANDO DE COLOR EN OJO IZQUIERDO</p> <p>AV : SIN CC OD : 20/60 OI: NPL</p> <p>BIOMICROSCPIA:</p> <p>OD : CONJUNTIVA SANA, CORNEA TRASPARENTE, CAMARA ANTERIOR FORMADA AMPLIA, IRIS MARRON, PUPILA REDONDA, CRISTALINO C2N2P2 OI : CONJUNTIVA HIPERHEMICA, QUERATOPATIA EN BANDA CENTRAL , CAMARA ANTERIOR FORMADA AMPLIA, SILICON EN CAMARA ANTERIOR , IRIS MARRON,</p> <p>PIO: OD: 14 OI: 20</p> <p>FONDO DE OJO: OD : DISCO OPTICO CON EXCAVACION DE 0,3 RETINA APlicada, HALOSIS ESTEROIDEA ABUNDANTE OI : RETINA APlicada</p> <p>IDX : QUERATOPATIA BANDA EN OI</p>

OJO UNICO EN OD
GLAUCOMA SECUNDARIO EN OI
HALOSIS ESTEROIDEA OD

PLAN :

CARBOXIMETILCELULOSA APLICAR 1 GOTTA CADA 4 HORAS EN AMBOS OJOS
FLUOROMETALONA APLICAR 1 GOTTA CADA 8 H EN OJO IZQUIERDO

OPTOMETRIA

CONTROL POR OFTALMOLOGIA EN 6 MESES

SE EXPLICA CLARAMENTE LA RAZON DEL CAMBIO FISICO DEL OJO IZQUIERDO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS					
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
H544	CEGUERA DE UN OJO			CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ	2024-06-12

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS	
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 1% x 15 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0053 (NO CLASIFICADO)	

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA DOSIS 1 GOTTA (S) Cada 4 Hora(s) CANTIDAD 6 SOLUCION DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)	FORMULÓ: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ MEDICAMENTO POS
--	--

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	
APLICAR 1 GOTTA CADA 4 H EN AMBOS OJOS	

FLUOROMETALONA 0,1% x 5 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0091 (NO CLASIFICADO)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA DOSIS 1 GOTTA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD 6 SOLUCION DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)	

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA DOSIS 1 GOTTA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD 6 SOLUCION DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)	FORMULÓ: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ MEDICAMENTO POS
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	
APLICAR 1 GOTTA CADA 8 H EN OJO IZQUIERDO	

FINALIDAD DE LA ATENCION	No aplica
--------------------------	-----------

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

BIOSEGURIDAD COVID-19 La atención brindada al usuario cumple con los lineamientos de bioseguridad dados por el Ministerio de Salud en cuanto al uso adecuado de elementos de protección personal, lavado de manos y medidas de higiene en general con el fin de evitar el contagio del nuevo Coronavirus COVID-19.

CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ



PROFESIONAL
CC - 57462323
OFTALMOLOGIA

Imprimió: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ - CINDY.RUBIANO

Fecha Impresión : 2024/6/12 - 11:20:53



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	1127065054
NOMBRES	GONZALO
APELLIDOS	MARTINEZ MARTINEZ
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	20/09/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/25/2024 14:41:22 | 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:

25/07/2024

Ficha:

54874870555600002204

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GONZALO

Apellidos: MARTINEZ MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1127065054

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/09/2021

Última actualización ciudadano: 30/09/2021

Última actualización via 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



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTRADICIONES

No. 6561464

MARTINEZ CHACON
APELLIDOS

YENIRET DEL CARMEN
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

24656199

DNI INFO.

26-03-1990

FECHA DE NACIMIENTO

22-04-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Yeniret M.

FIRMA

VISIBLES

E0262526



ÍNDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Declaro P.
Juan Francisco Espinosa Patiño
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTRADICIONES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6561464<<6<<<<<<<<<<<<
9003266F3105308VNE0262526<<<5
MARTINEZ<CHACON<<YENIRET<DEL<<

**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	25 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	25 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	GONZALO MARTINEZ MARTINEZ
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro ()
Número de Documento de Identidad	1.127.065.054 de San Antonio del Táchira
Edad	62 años
Género	Masculino
Dirección	Calle 8 #10-50 Barrio Gramalote
Teléfono fijo	3192367348
No. de Celular (2 números si es posible)	3142103541
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Martinezmartinezgzz@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	YANIRET DEL CARMEN MARTINEZ CHACON
Parentesco de la PCD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Permiso de Protección Temporal
Número de Documento de Identidad	6561464
Teléfono fijo y/o No. de celular	3142103541

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)	622537
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	H544
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	