

CC 5530337 CELSO JOSE RINCON FUENTES

## 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: 6365

### Tipo Valoración

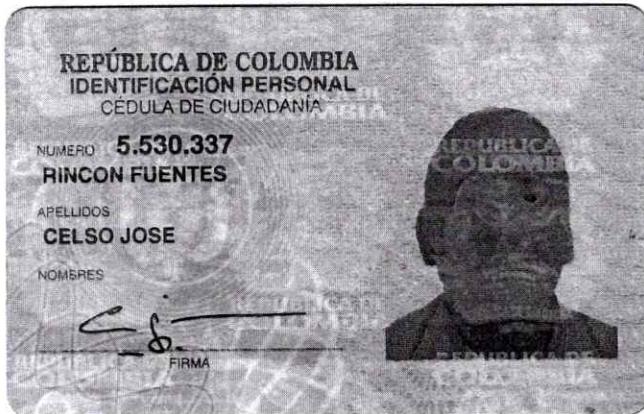
Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

### Observaciones

DX: M159-M828 - RECURSOS PROPIOS

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1324403



PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Rincón	Fuentes	Ceballos José	CC 5530337
Edad: 69	Estado Civil: Casado	Escolaridad: Bachiller	Género: F M
Dirección: Av 7 N° 12-50 B Villa Antigua C.P. 10		Teléfono: 313) 814 2216	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 08 312 / 434 9453

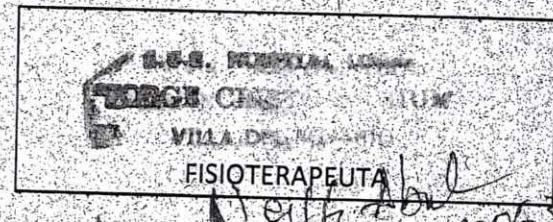
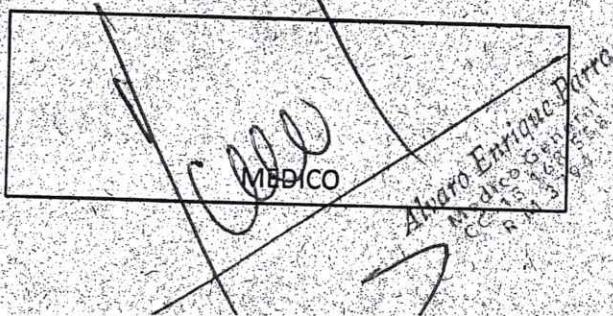
DIAGNÓSTICO: Poliartrosis (M15.9) Osteoporosis (M82.8)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien presenta Enfermedad larga duración Osteoporosis y Poliartrrosis que limita considerablemente la movilidad, adquiere edad apx 10 años se le realizó Reemplazo total Rodilla derecha, dolor moderado ante posibles desplazamientos y desplazamientos, a la valoración presenta Estornudos articulares, Inestabilidades articulares y Retorciones, desplazamiento en muletas. Dificultad para trasladarse por tramos largos e inestables.

Semidependiente Act. Básico Autoauxilio

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MOTORA MODERADA



Neiva - Colombia - 2024-05-08

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**

ESE Hospital

Jorge Cristo Sahum

Villa del Rosario - Caldas

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 03/05/2024

INGRESO : 1560123

**RINCON FUENTES CELSO JOSE**

CC - 5530337

Edad : 68A 9M 9D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 24/07/1955

Teléfono : 317 8384840

Dirección : CARRERA 8 N2520 SANTA BARBARA 320 2943746

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

**CAUSA EXTERNA:** 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** CONCIENTE, ALERTA, TOLERA OXIGENO AMBIENTE**MOTIVO CONSULTA:** " VENGO PARA LOS MEDICAMENTOS POR ARTROSIS "**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANT DE ARTROSIS DEGENERATIVA, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS CONTROL, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA**PARACLINICOS :** NIEGA**ANTECEDENTES :**

QUIRÚRGICOS: REMPLAZO DE RODILLA DERECHA

TRANSFUSIONALES: EL PACIENTE NIEGA

TRAUMÁTICOS: EL PACIENTE NIEGA

HOSPITALIZACIONES: REMPLAZO DE RODILLA DERECHA

PATOLÓGICOS: HTA, ARTROSIS, OSTÉOPOROSIS, LITIASIS RENAL

TOXICOLÓGICOS: EL PACIENTE NIEGA

**REVISIÓN 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).

**SÍGNOS VITALES**

Peso : 86 kg

Temperatura : 36.5 °C

Presión Arterial Sistólica: 129 mmHg

Talla : 168 cm

Frecuencia Respiratoria : 21 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 68 mmHg

I.M.C. : 30.47 kg/m<sup>2</sup>

Frecuencia Cardiaca : 68 V x Min

**EXÁMEN FÍSICO :**

Craneo (Normal). NORMOCEFALO, PINRAL

Boca (Normal). MUCOSA ORAL HUMEDA

Cuello (Normal). MOVIL, SIEMTRICO, SIN ADENOPATIAS

Tórax (Normal). SIMETRICO, EXPANSIBLE, RSCRS SIN SOPLOS, MV AUDIBLE SIN AGREGADOS PULMONARES

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

ACIDO FOLICO TABLETAS 1 MG (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

CALCITRIOL 0.25MCG CAPSULAS BLANDAS (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

TIAMINA TABLETA GRAEJA O CAPSULA X 300 MG (Cantidad: 90) 1 UND CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA (Cantidad: 90) 1 UND CADA 8 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1% (Cantidad: 1) 1 UND  
APLICAR 2 VECES AL DIABETAMETASONA 0.05% CREMA TOPICA (Cantidad: 2) 2 UND VÍA TOPICA  
(APLICAR DOS VECES AL DIA POR 1 SEMANA )

ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) TABLETA X 500 MG (Cantidad: 20) 1 UND CADA 12 HORAS POR 10 DIAS VÍA ORAL

MEDICAMENTO (Cantidad: 15) ETIROCOXIB 120 MG 1 TAB VO CADA DIA POR 15 DIAS

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**

ESE Hospital

Jorge Cristo Sahum

Villa del Rosario ~~COLONIA 1000~~**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

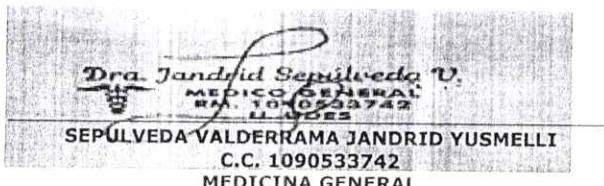
**FECHA :** 03/05/2024**INGRESO :** 1560123**RINCON FUENTES CELSO JOSE****CC - 5530337****Edad :** 68A 9M 9D**Sexo :** Masculino**Nacimiento :** 24/07/1955**Teléfono :** 317 8384840**Dirección :** CARRERA 8 N2520 SANTA BARBARA 320 2943746**Empresa :** NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)**DIAGNÓSTICO :**

M199 - ARTROSIS NO ESPECIFICADA - (Impresión Diagnóstica)

L500 - URTICARIA ALERGICA

**ANÁLISIS :**

PACIENTE MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANT DE ARTROSIS DEGENERATIVA, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS CONTROL, POR LOQUE SE DA EGRESO MEDICO CON FORMULA MEDICA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE LE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.





## 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
NUMERO DE IDENTIFICACION	5530337
NOMBRES	CELSO JOSE
APELLIDOS	RINCON FUENTES
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/24/2025 12:39:06 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

Fecha de consulta:

24/06/2025

Ficha:

54874642554700001062

A4

## Pobreza extrema

### DATOS PERSONALES

Nombres: CELSO JOSE

Apellidos: RINCON FUENTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5530337

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/10/2023

Última actualización ciudadano: 17/10/2023

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 Maria Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

**60444752**

NUMERO .

**RUEDA**

APPELLIDOS

**INGRID KARINA**

NOMBRES

*ingrid karina rueda*



FECHA DE NACIMIENTO

**25-FEB-1984**

**LOS PATIOS**

(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

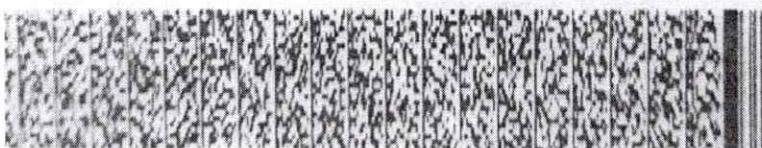
**F**

SEXO

**30-MAY-2002 LOS PATIOS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



105001-P-0660444752-20020934

**00446 02262A 01 130141115**