

de Autorización

RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ

CC 13.452.200 Cúcuta

64 años. Masculino.

MZC Casa 12 Morichal

310 333 8195 - 313 811 5953

asodicap@gmail.com

No tiene

☐ COD160: 607864

Dx:

Z 961

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

13452200

NUMERO

MEDINA DIAZ

APELLIDOS

RAFAEL FRANCISCO

NOMBRES

Rafael Francisco Medina Diaz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

02-JUN-1960

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

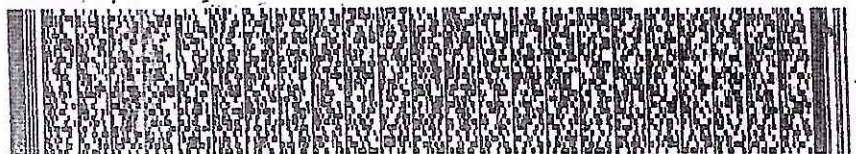
M

SEXO

04-MAY-1979 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2500100-55103501-M-0013452200-20020826

0305602238A 02 130202811

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	Medina	2do. Apellido	Diaz	Nombres	Rafael Francisco	DOCUMENTO:	13452200
Edad:	62	Estado Civil:	Casado	Escolaridad:	—	Género:	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección:					Teléfono:		
M2 C Casa 12 Monchal u/Rio					310/3338195		

FECHA: AÑO: 2022 MES: 08 DIA: 10

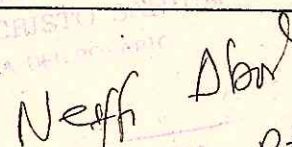
DIAGNÓSTICO: Miopia / Glaucoma / Ceguera / Ojo Unico 12g.

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde la niñez presenta trastorno visual, desprendimiento Retina, se le implanto' protesís ojo de
rechó. sin fijación ni fijación visual. Adjunto presenta
Miopia y glaucoma. Presenta Ceguera permanente.
Presenta alteración de la coordinación y el Equi-
librio, marcha inestable, Romberg (+), marcha con Au-
mento poligono sustentación
Requiere Acompañamiento permanente
Dependiente Actividades Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL SEVERA

 MEDICO

 FISIOTERAPEUTA

2006390



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ		IDENTIFICACION: CC 13452200	HC: 13452200 - CC	EDAD: 63 Años SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 2/6/1960	RESIDENCIA: MANZANA C CASA 12 URB MORICHAL		TELEFONO: NORTE DE 3103338195	SANTANDER-CUCUTA
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: CASADO(A)		OCUPACION: AMA DE CASA	
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 20/5/2024 - 10:50:43	FECHA EGRESO: 20/5/2024 - 11:45:01	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 CONTRIBUTIVO	TIPO AFILIADO: Cotizante		
IPS: SEDE PRINCIPAL	DIRECCION: Avenida 1 # 15-04 La Playa	TELEFONO IPS: 607-5960150		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2024-05-20	11:09	JAVIER.GUTIERREZ - ALVARO JAVIER GUTIERREZ MURILLO		
APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION		FECHA/HORA
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLOGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	890376	POS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	20/5/2024 - 11:09:44
	Observacion	EN 6 MESES DR CORREA		
	Profesionales	Profesional: ALVARO JAVIER GUTIERREZ MURILLO CC - 88266151 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	ALVARO JAVIER GUTIERREZ MURILLO		
	Diagnosticos Presuntivos			

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO	
2024-05-20	11:09	<p>JAVIER.GUTIERREZ - ALVARO JAVIER GUTIERREZ MURILLO ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ Edad: 63 años, 11 meses, 23 dias. Responsable: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA - NUEVA E.P.S PGP REGIMEN CONTRIBUTIVO</p> <p>RETINA Y VITREO</p> <p>PACIENTE CONOCIDO VISTO EN EL 2022 SE REMITIDO A DR VANEGAS. QUIEN DEJO EN TRATAMIENTO CON :</p> <p>1- MALEATO DE TIMOLOL 0.5% x 5 ml APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO USO DIARIO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTA DE TRATAMIENTO CAUSA AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE LA VISION</p> <p>REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO YA QUE CONTIENE (PROSTAGLANDINA) CUYA ACCIÓN CONSISTE EN CONTROLAR EL FLUJO DE LOS LÍQUIDOS INTRAOCULARES REDUCIENDO ASÍ LA PRESIÓN INTRAOCULAR DEL OJO AYUDANDO A CONTROLAR ENFERMEDAD Y PRESERVAR LA VISIÓN.</p> <p>2 - LATANOPROST 0.005% X 3 ML GAAP GOTAS APLICAR 1 GOTA CADA NOCHE EN OJO IZQUIERDO USO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTA DE TRATAMIENTO PUEDE CAUSAR AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE VISION</p> <p>REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO YA QUE CONTIENE (PROSTAGLANDINA) CUYA ACCIÓN CONSISTE EN CONTROLAR EL FLUJO DE LOS LÍQUIDOS INTRAOCULARES REDUCIENDO ASÍ LA PRESIÓN INTRAOCULAR DEL OJO AYUDANDO A CONTROLAR ENFERMEDAD Y PRESERVAR LA VISIÓN.</p> <p>3 [HIALURONATO DE SODIO] 1mg/1ml [CONDROITINA SULFATO SODICA] 1,8mg/1ml ; REQUIERE GOTAS HUMYLUB PF LIBRE DE PRESERVANTES FRACO X10 ML APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS USO DIARIO PERMANENTE PRESENTA OJO ROJO IRRITACION REQUIERE LUBRICACION PERMANENTE PARA MEJORAR LA PELÍCULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE</p>

EL DIA DE HOY ES REMITIDO POR DR CORREA PARA VALORACION RETINIANA PERIFERICA EN OJO UNICO FUNCIONAL IZQUIERDO.

dr correa deja tratamiento con
FLUOROMETALONA 0,1% x 5 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0091 (NO CLASIFICADO)
VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS 1 GOTA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD 1 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO 30 DIA(S)
FORMULÓ: PABLO EMILIO CORREA MONTAÑEZ
MEDICAMENTO POS

HIALURONATODSODIO0,1%-SULFATOCONDOITINO,18%PF10ml SOLUCION - LAB. :ND - FOFOFO0105 (NO CLASIFICADO)
VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS 1 GOTA (S) Cada 4 Hora(s)
CANTIDAD 1 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO 30 DIA(S)

Antecedentes oculares. CX DESPRENDIMIENTO DE RETINA OJO DERECHO
CX EVISCERACION OJO DERECHO
Antecedentes cirugias generales. NIEGA
Enfermedades. COLESTEROL
Medicamentos. GEMFIBROZILLO
Toxicoalergicos. NIEGA
Observaciones. TIMOLOL Y LATANOPROST PARA MANEJO DE GLAUCOMA OJO IZQUIERDO.

A la exploracion.

AGUDEA VISUAL
OJO DERECHO. Protesis ocular
OJO IZQUIERDO. sin correccion. 20/200

BIOMICROSCOPIA.
OJO DERECHO. Protesis ocular.
OJO IZQUIERDO. Cornea clara, camara anterior formada.,conjuntiva sana, atrofia iridiana. Mala dilatacion

CRISTALINO.
OJO DERECHO. Protesis ocular
OJO IZQUIERDO. pseudofacodonesis

PRESION OCULAR DERECHO. Protesis ocular
PRESION OCULAR IZQUIERDO. 12

FONDO DE OJO DERECHO. Protesis ocular
FONDO DE OJO IZQUIERDO. excavacion 0.1 Estafiloma posterior cambios atroficos miopicos comprometiendo la region macular ,condensaciones vitreas. cambios pigmentarios en la periferia retiniana Retina adherida, no se evidencia lesiones ni rupturas

DX. Ojo unico izquierdo.
Pseudofacodonesis ojo izquierdo.
Protesis ocular derecho.

PLAN. ALTA POR RETINA

Continuar manejo por dr CORREA 6 MESES
Se dan indicaciones y signos de alarma

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION			ALVARO JAVIER GUTIERREZ MURILLO	2024-05-20

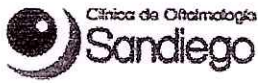
ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC



SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA Y CIRUGIA PLASTICA DE CUCUTA S.A. NIT 900191362
SEDE PRINCIPAL AVENIDA 1 # 15-04 LA PLAYA CUCUTA, NORTE DE SANTANDER TELEFONO: 607-5960150 SEDE
PRINCIPAL

<https://clnicasandiegocucuta.com/web/>

Fecha : 21/03/2024

Atendio : 24 - CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ

Identifi: CC 13452200

Paciente: RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ

Edad : 63 Años Sexo :M

HC : CC13452200

Cliente: NUEVA EMPRESA PROMOTORA
DE SALUD SA

Plan : NUEVA E.P.S PGP REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo Afiliado: Cotizante

Profesional: CINDY MARCELA
RUBIANO MENDEZ

Especialidad: OFTALMOLOGIA

Diagnosticos: Z961

SOLICITUD DE SERVICIOS

No. Orden	Cod. Servicio	Descripcion del servicio
560962	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
Observación: VALORACION POR RETINA POR MIOPIA DEGENERATIVA <i>DE PROPRIO</i>		
560963	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
Observación: CONTROL EN 6 MESES		

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z961 - PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

Nombres y Apellidos del Médico: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ
CC - 57462323

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ		IDENTIFICACION: CC 13452200		HC: 13452200 - CC	EDAD: 63 Años	SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 2/6/1960		RESIDENCIA: MANZANA C CASA 12 URB MORICHAL		TELEFONO: 3103338195	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana		ESTADO CIVIL: CASADO(A)		OCUPACION: AMA DE CASA		
DIR. TRABAJO:		TEL. TRABAJO:		GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 21/3/2024 - 09:10:35		FECHA EGRESO: 21/3/2024 - 10:13:19		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 CONTRIBUTIVO		TIPO AFILIADO: Cotizante		
IPS: SEDE PRINCIPAL		DIRECCION: Avenida 1 # 15-04 La Playa		TELEFONO IPS: 607-5960150		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL			
2024-03-21	10:03 CINDY.RUBIANO - CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ MOTIVO DE CONSULTA : PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR GLAUCOMA CRÓNICO EN OJO IZQUIERDO, OJO ÚNICO FUNCIONAL EN TTO CON LATANOPROST Y TIMOLOL. ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR GLAUCOMA CRÓNICO EN OJO IZQUIERDO, OJO ÚNICO FUNCIONAL EN TTO CON LATANOPROST Y TIMOLOL.			
APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA	
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLÓGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	890376	POS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	21/3/2024 - 10:03:42
	Observacion	VALORACION POR RETINA POR MIOPIA DEGENERATIVA		
	Profesionales	Profesional: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ CC - 57462323 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ		
	Diagnosticos Presuntivos			
CONSULTA MEDICIONES ANATOMICAS FISIOLÓGICAS EXAMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLOGICOS	890376	POS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	21/3/2024 - 10:03:42
	Observacion	CONTROL EN 6 MESES		
	Profesionales	Profesional: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ CC - 57462323 Especialidad - OFTALMOLOGIA		
	Orden Profesional	CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ		
	Diagnosticos Presuntivos			

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2024-03-21	10:03 CINDY.RUBIANO - CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA AV: SIN CC OD: PROTESIS OI: 20/40 BIOMICROSCOPIA: OD:PROTESIS OCULAR IN SITU SIN SECRECIÓN EN FONDO DE SACO OI: CONJUNTIVA SANA, CORNEA CLARA, CÁMARA ANTERIOR AMPLIA FORMADA, IRIS MARRÓN , PUPILA REDONDA LIO CENTRADO PIO: OD: PROTESIS OI: 10mmHg FONDO DE OJO: OD: PROTESIS OI: DISCO ÓPTICO CON EXCAVACIÓN DE 0,35 COROIDIOSIS MIOPIA, ESTAFILOMA POSTERIOR DIAGNOSTICO: OJO UNICO FUNCIONAL IZQUIERDO PSEUDOFQUIA OJO IZQUIERDO PROTESIS OJO DERECHO MIOPIA DEGENERATIVA PLAN: TRATAMIENTO:

1- MALEATO DE TIMOLOL 0.5% x 5 ml APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO USO DIARIO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTAS DE TRATAMIENTO CAUSA AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE LA VISION

REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO YA QUE CONTIENE (PROSTAGLANDINA) CUYA ACCIÓN CONSISTE EN CONTROLAR EL FLUJO DE LOS LÍQUIDOS INTRAOCULARES REDUCIENDO ASÍ LA PRESIÓN INTRAOCULAR DEL OJO AYUDANDO A CONTROLAR ENFERMEDAD Y PRESERVAR LA VISIÓN.

2 - LATANOPROST 0.005% x 3 ML GAAP GOTAS APLICAR 1 GOTAS CADA NOCHE EN OJO IZQUIERDO USO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTAS DE TRATAMIENTO PUEDE CAUSAR AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE VISION

REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO YA QUE CONTIENE (PROSTAGLANDINA) CUYA ACCIÓN CONSISTE EN CONTROLAR EL FLUJO DE LOS LÍQUIDOS INTRAOCULARES REDUCIENDO ASÍ LA PRESIÓN INTRAOCULAR DEL OJO AYUDANDO A CONTROLAR ENFERMEDAD Y PRESERVAR LA VISIÓN.

3 [HIALURONATO DE SODIO] 1mg/1ml [CONDROITINA SULFATO SODICA] 1,8mg/1ml ;
REQUIERE GOTAS HUMYLUB PF LIBRE DE PRESERVANTES FRACO X10 ML
APLICAR 1 GOTAS CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS USO DIARIO PERMANENTE
PRESENTA OJO ROJO IRRITACION REQUIERE LUBRICACION PERMANENTE PARA MEJORAR LA PELÍCULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

SE SOLICITA
PACIENTE DESEA SER VALORADO POR RETINA POR MIOPIA DEGENERATIVA
VALORACION POR GLAUCOMA 6 MESES

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES			CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ	2024-03-21

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

HIALURONATO DE SODIO 0,1% - SULFATO DE CONDROITINA 0,18% PF 10ml SOLUCION - LAB. :ND - FOF00105 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS 1 GOTAS (S) Cada 6 Hora(s)
CANTIDAD 6 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)

FORMULÓ: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

1- [HIALURONATO DE SODIO] 1mg/1ml [CONDROITINA SULFATO SODICA] 1,8mg/1ml ; REQUIERE GOTAS HUMYLUB PF LIBRE DE PRESERVANTES FRACO X10 ML
APLICAR 1 GOTAS CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS USO DIARIO PERMANENTE PRESENTA OJO ROJO IRRITACION REQUIERE LUBRICACION PERMANENTE PARA MEJORAR LA PELÍCULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

LATANOPROST 0.005% x 3 ml GAAP SOLUCION - LAB. :ND - FOF00117 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS 1 GOTAS (S) Cada 24 Hora(s)
CANTIDAD 6 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)

FORMULÓ: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

- LATANOPROST 0.005% x 3 ml GAAP GOTAS APLICAR 1 GOTAS CADA NOCHE OJO IZQUIERDO USO PERMANENTE EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISION

MALEATO DE TIMOLOL 0.5% x 5 ml SOLUCION - LAB. :ND - FOF00125 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA
DOSIS 1 GOTAS (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD 6 SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO 180 DIA(S)

FORMULÓ: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

MALEATO DE TIMOLOL 0.5% x 5 ml APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO USO DIARIO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTAS DE TRATAMIENTO CAUSA AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE LA VISION

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
OPTALMOLOGIA

Imprimió: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ - CINDYRUBIANO

Fecha Impresión : 2024/3/21 - 10:13:22



SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA Y CIRUGIA PLASTICA DE CUCUTA S.A. NIT 900191362
AVENIDA 1 # 15-04 LA PLAYA CUCUTA, NORTE DE SANTANDER TELEFONO: 607-5960150

https://clinasandiegocucuta.com/web/

FORMULA MEDICA Nº 61960
MEDICAMENTO(S) POS FORMULADO(S).

No. EVOLUCION	343672	FECHA FORMULA	21/03/2024
IDENTIFICACION	CC 13452200	PACIENTE	RAFAEL FRANCISCO MEDINA DIAZ
CLIENTE	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN	NUEVA E.P.S PGP REGIMEN CONTRIBUTIVO
		EDAD	63 Años
		SEXO	M
		TIPO AFILIADO	COTIZANTE
		RANGO	A

1. HIALURONATO SODIO 0,1%-SULFATO CONDROITINA 0,18% PF 10 ML

VIA DE ADMINISTRACIÓN:	OFTALMICA
DOSIS	1 GOTA (S) cada 6 Hora(s)
CANTIDAD	6 (Seis) SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO	180 DIA(S)
OBSERVACION	1- [HIALURONATO DE SODIO] 1mg/1ml [CONDROITINA SULFATO SODICA] 1,8mg/1ml ; REQUIERE GOTAS HUMYLUB PF LIBRE DE PRESERVANTES FRACO X10 ML. APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS USO DIARIO PERMANENTE PRESENTA OJO ROJO IRRITACION REQUIERE LUBRICACION PERMANENTE PARA MEJORAR LA PELICULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

2. LATANOPROST 0.005% X 3 ML GAAP

VIA DE ADMINISTRACIÓN:	OFTALMICA
DOSIS	1 GOTA (S) cada 24 Hora(s)
CANTIDAD	6 (Seis) SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO	180 DIA(S)
OBSERVACION	- LATANOPROST 0.005% x 3 ml GAAP GOTAS APLICAR 1 GOTA CADA NOCHE OJO IZQUIERDO USO PERMANENTE EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISION

3. MALEATO DE TIMOLOL 0.5% X 5 ML

VIA DE ADMINISTRACIÓN:	OFTALMICA
DOSIS	1 GOTA (S) cada 12 Hora(s)
CANTIDAD	6 (Seis) SOLUCION
DIAS TRATAMIENTO	180 DIA(S)
OBSERVACION	MALEATO DE TIMOLOL 0.5% x 5 ml APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO USO DIARIO PERMANENTE EL NO APLICAR LA GOTA DE TRATAMIENTO CAUSA AUMENTO ENFERMEDAD Y PERDIDA DE LA VISION

DIAGNOSTICO(S) :

Z961 PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Z961 - PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ

CC - 57462323

ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: CINDY MARCELA RUBIANO MENDEZ

Fecha Impresión : 21/03/2024 - 10:13 am



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	13452200
NOMBRES	RAFAEL FRANCISCO
APELLIDOS	MEDINA DIAZ
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.	CONTRIBUTIVO	01/08/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/05/2024 10:01:56 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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el

Fecha de consulta:

03/08/2024

Ficha:

54874049553600000947

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAFAEL FRANCISCO

Apellidos: MEDINA DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13452200

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/06/2023

Última actualización ciudadano:

06/06/2023

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben 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

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

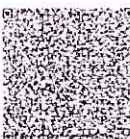
1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

Proyecto: Tecnológico, BELLOF COLOMBIA S.A. Nombre del SW: Tiana- Francisco - 44 880 028 551 -

Numeración autorizada
Rango Desde FACT0 hasta FACT5000000
Vigencia desde 2024-04-08 Hasta 2026-04-08
730 Dias
18764068641210



Código de usuario y/o referencia

135484

RAFAEL FRANCISCO MEDINA
MZ C CA 12 MORICHAL

13452200
VILLA DEL ROSARIO

Total a pagar 1 + \$22.100,00
Facturación hasta 2024-08-03
Fecha de suspensión 2024-08-05
Fecha y hora de generación 2024-07-15
Fecha y hora de expedición 2024-07-15
Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta FACT586476
Ruta 602036206781
Último pago 2024-07-09
Mora 2.177 Comenta 2.177 Mora P. Salvado N/A
Código de autorización \$0,00

CUFE: da7dd06fa2af9552e654f074533aa812ca453a37b03947e784eb132c320ad727e09a9ff3b6c36cc432d14c6e98d50e9

(1) Código	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
12	FE Ajuste decena	UND	1,00	\$4,31	\$4,31	0	\$4,31
02	FE Consumo	M3	13,24	\$33,76,25	\$44,701,68	0	\$44,701,68
03	Subsidio	UND	13,24	\$-1,717,17	\$-22,735,27	0	\$-22,735,27

Subtotal \$21.970,72

07	FE Interes por Mora	UND	1,00	\$129,28	\$129,28	0	\$129,28
----	---------------------	-----	------	----------	----------	---	----------

Subtotal \$129,28

Valor total \$22.100,00

Código	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
--------	-----	------	----------------	----------	-----	-------

Subtotal

\$0,00

Código	Sub	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
--------	-----	------	----------------	----------	-----	-------

Total 3 \$44.835,27

Total a pagar 1 + \$22.100,00

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su ranchario. Denuncie. LINEA DE ATENCION 6076748866 618090998186 - LINEA EMERGENCIA 154 - 3105845621

Revisión periódica

Fecha vencimiento: 2025-02-28

07-JUN-2024-05-JUL-2024
Movido N° 0152930904 Estado 1 - DOM DOM

Antes	Después	Forma	Tipo
2608	2622	2024-06-06	Real
		2024-07-05	Real

Factor de comp. 0,946 Cnta 13,24

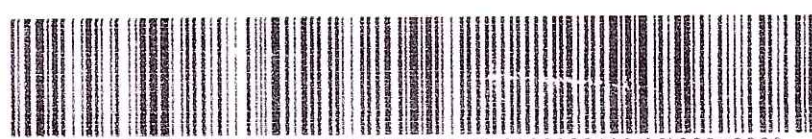
Pago anterior 1061,00 Cnta 145,38 por Ant 10,98

Observaciones de factura



Cupo disponible

\$2.200.000,00



(415)7709998000674(8020)31390059(3900)0000022100(96)20240803

135484
07 JUN-2024-05 JUL-2024
FACT586476
Pague hasta 2024-08-03
Total a pagar \$22.100,00

Recaudador