

## 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: H023-H024-H409 - RECURSOS PROPIOS

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1096052



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1958

MEDELLIN  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O- F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAR-1979 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
*Santander, Colombia*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2510000-00120402-F-0043001659-20081102 0005188163A.1 7580003641



**CLINICA  
OFTALMOLÓGICA  
PEÑARANDA**  
Su mejor punto de vista

**Entidad** COOSALUD EPS SA SUBSIDIADO

**Dirección** CRA 11 B-34

**Ciudad** VILLA DEL ROSARIO

**E-mail** NO TIENE

**Responsable**

**Fecha / hora de atención** 08/07/2025 11:20

#### HISTORIA DE OFTALMOLOGÍA

**CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S**

NIT 807002152-8

**Teléfono** 5748747

**Identificación CC** 43001659

**Fecha de nacimiento** 30/11/1958

**Dirección** CALLE 17 # 0-88 LA PLAYA

**Email** contacto@clinicapenaranda.com

**Paciente** EMMA ISABEL QUINTERO

**Edad** 66

**Sexo** F

**Régimen** Subsidiado

**Estado civil** CASADO(A)

**Ocupación** HOGAR

**Barrio** GRAMALOTE

**Zona** Urbana

**Departamento** NORTE DE SANTANDER

**Teléfono** 3108653719 - 3108653719

**Parentesco**

**Teléfono**

**Estrato**  
**N. Afiliación**

**Tipo vinculación** Subsidiado

**Fecha de digitalización** 08/07/2025 11:22

**Historia de Control**

#### Anamnesis

##### Finalidad de la consulta

Otra

##### Causa externa

Enfermedad general

##### Vía de ingreso

Derivado de consulta externa

##### Motivo de consulta

RETOMAR CONTROLES

##### Enfermedad actual

22 Julio: Viene para lectura de CV 60-4

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION, CAIDA DE PARAPDO SUPERIOR DE AMBOS OJOS MAYOR DE OJO DERECHO, REFIERE QUE LE COMPROMETE LA VISION, ULTIMO CONTROL POR GLAUCOMA HACE 1 MES

OPTOMETRIA DE HOY REPORTA

OD: 20/100

OI: 20/80

08/07/2025 PACIENTE ASISTE PARA RETOMAR CONTROLES

#### Antecedentes

##### Patológicos

HTA	No
Enfermedad coronaria	No
IAM	No
DM	No
Artritis reuma	No
EPOC	No
IRC	No
Enfermedad tiroideas	No
Enfermedad neurológica	No
Alta coagulación	No
Cáncer	No
VIH	No

##### Farmacológicos

Farmacológicos	No
----------------	----

##### Quirúrgicos

Quirúrgicos	Si	POMEROY
-------------	----	---------

##### Tóxico alérgicos

Tóxico alérgicos	No
------------------	----

##### Traumatológicos

Traumatológicos	No
-----------------	----

##### Familiares

Familiares	No
------------	----

##### Oftalmológicos

Uso de corrección	Si
-------------------	----

Entidad COOSALUD EPS SA SUBSIDIADO

**HISTORIA DE OFTALMOLOGÍA**

**CLINICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA S.A.S**  
NIT 807002152-8  
**Teléfono** 5748747  
**Identificación CC** 43001659  
**Fecha de nacimiento** 30/11/1958

**Dirección** CALLE 17 # 0-88 LA PLAYA  
**Email** contacto@clinicapenaranda.com  
**Paciente** EMMA ISABEL QUINTERO  
**Edad** 66      **Sexo** F      **Régimen** Subsidio

Página 2 de 2  
Historia clínica 43001659

Otros

#### Reflejos pupilares

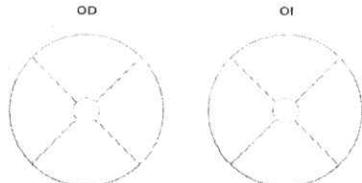
T.	F.	Directo	Consensual	Acomodativo	Marcuss gunn
OD					
OI					

#### Observaciones

N/A

#### Examen externo y biomicroscopía

##### Gonioscopía



N/A

#### Presión ocular

- (0) No hay registro
- Entre 1-17 mmH
- Entre 18-21 mmH
- Superior a 21 mmH

Fecha / hora	OD-PIO	OI-PIO
--------------	--------	--------

#### Biomicroscopía

AO: PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, SIRINGOMAS EN PARPADOS INFERIORES

#### Cristalino

AO: LIO EN SACO

#### Retina y vítreo

DIFERIDO

#### Diagnósticos

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal	Ojo
H023	Blefarocalasia		Impresión diagnóstico	✓	AO
H024	Blefaroptosis		Confirmado nuevo		AO

#### Paraclinicos - análisis

: PACIENTE CON BLEFAROCHALASIS AO , AMERITA REALIZAR CV PERIFERICO SUPERIOR PARA DECIDIR CONDUCTA  
o NOTA: SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DEPENDIENDO DEL RESULTADO DEL CAMPO VISUAL PERIFERICO SUPERIOR AMBOS OJOS SE DECIDIRA SI CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SER OPERADA DE CIRUGIA PALPEBRAL

#### Plan de tratamiento

? CAMPO VISUAL PERIFERICO SUPERIOR AMBOS OJOS  
? VER OCULOPLASTIA CON RESULTADOS SIN OPTO  
VALORACION POR OPTOMETRIA  
CARBOXIMETILCELULOSA APLICAR 1 GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS

DIGITO: PAULA VESGA

RAMYUR LENIN MONSALVE RODRIGUEZ  
CE: 903886  
OCULOPLASTICO



EPICRISIS

Consulta Externa

INGRESO NRO : 24903

FECHA DE INGRESO : 08/10/2025 08:22

FECHA DEL EGRESO : 08/10/2025 08:29

QUINTERO EMMA ISABEL

CC - 43001659

Sexo : Femenino

Teléfono : 3108653719

Edad : 66A 10M 8D

Nacimiento : 30/11/1958

Dirección : KRA 11 # 8 34 GRAMALOTE

Empresa : COOSALUD EPS S.A - SUBS

CAUSA EXTERNA DE CONSULTA : 13 - Enfermedad General

FINALIDAD DE LA CONSULTA : 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA : GLASGOW 15/15

MOTIVO DE LA CONSULTA : "TENGO U GLAUCOMA"

**ENFERMEDAD ACTUAL :** PACINTE FEMENINA DE 66 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS TIPO II, QUIEN PRESENTA GLAUCOMA BILATERAL, GENERANDO CEGUERA PARCIAL, CON PRESENICA DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO, CON TRASTORNO DE FIJACION Y SEGUIMIENTO VISUAL, CON DIFICULTAD PARA LA MARCHA AL RECORRER TRAYECTOS LARGOS E INESTABLES, SEMIDEPENDIENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS.

PACINETE QUEIN AUCDE A CONSULTA PARASOLICITUD DE VALORAICON POR ESPECIALIDAD PARA REVISION DE ENFERMEDAD VISUAL.

**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*).

<b>SIGNOS VITALES :</b>	Peso : 52 kg	Temperatura : 36 °C	Presión Arterial Sistólica: 132 mmHg
	Talla : 160 cm	Frecuencia Respiratoria : 20 V x Min	Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg
	I.M.C. : 20.31 kg/m2	Frecuencia Cardiaca : 75 V x Min	

**EXÁMEN FÍSICO :**Ojos (*Anormal*). AV: AO:20/30 CON CORRECCION OPTICAMúsculo - Esquelético (*Normal*). Músculo - Esqueletico

Craneo (*Normal*). Oídos (*Normal*). Nariz (*Normal*). Boca (*Normal*). Cuello (*Normal*). Tórax (*Normal*). Abdomen (*Normal*). Genitourinario (*Normal*). Osteoarticular (*Normal*). Sistema Nervioso (*Normal*). Piel (*Normal*). Neurológia - Esfera mental (*Normal*). Cardio Pulmonar (*Normal*).

**PLAN DE MANEJO AMBULATORIO**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (*Ambulatorio: 1*)CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA (*Ambulatorio: 1*)**DIAGNÓSTICO :**H409 - GLAUCOMA NO ESPECIFICADO - (*Impresión Diagnóstica*)**DIAGNOSTICOS EGRESO :**H409 - GLAUCOMA NO ESPECIFICADO - (*Impresión Diagnóstica*)**DIAGNOSTICOS EGRESO RELACIONADOS :**

E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

**CONDICIONES GENERALES DE SALIDA :** Alta de la Atención -VIVO -


M. Fernanda Mora  
MEDICO GENERAL  
C.C. 1090492820

FERNANDEZ MORA MARIA FERNANDA  
C.C. 1090492820  
MEDICINA GENERAL



**ADRES**

## **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	43001659
NOMBRES	EMMA ISABEL
APELLIDOS	QUINTERO
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	10/09/2025 09:48:05	<b>Estación de origen:</b>	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:

09/10/2025

Ficha:

54874871555000000003

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

**Nombres:** EMMA ISABEL

**Apellidos:** QUINTERO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 43001659

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 13/11/2020

**Última actualización ciudadano:** 13/11/2020

**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



CEDULA DE  
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 60.410.188

Apellidos  
**ECHEVERRI QUINTERO**

Nombres  
**HEIDY JOHANA**

Nacionalidad      Estatura      Sexo  
**COL**                **1.60**                **F**

Fecha de nacimiento      G.S.  
**27 SEPT 1977**                **O+**

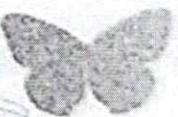
Lugar de nacimiento  
**VILLA DEL ROSARIO**  
**(NORTE DE SANTANDER)**

Fecha y lugar de expedición  
**24 ENE 1996, VILLA DEL ROSARIO**

Firma

*Heidy Johana Echeverry*

Fecha de expiración  
**27 DIC 2032**



.CO

011410432



REGISTRADOR NACIONAL  
Alexander Vega Rocha



ICCOL011410432425100<<<<<<<<  
7709276F3212275COL60410188<<<0  
ECHEVERRI<QUINTERO<<HEIDY<JOHA