

**CC 5678923 ALFONSO RIVERA NOVA**

## 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: H408



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 636514

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.678.923**

**RIVERA NOVA**  
APELLIDOS

**ALFONSO**  
NOMBRES

**ALFONSO Rivera**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

**26-OCT-1962**

**MACARAVITA  
(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**  
ESTATURA

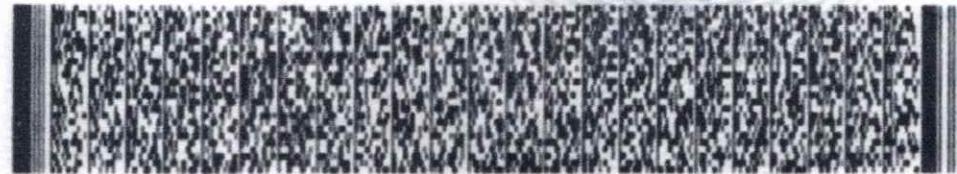
**O+**  
G.S./RH

**M**  
SEXO

**05-JUN-1981 MACARAVITA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*A.B.Rengifo*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



A-2510000-55152673-M-0005678923-20061206

0170206339C 02 193088906

## HISTORIA CLINICA - OFTALMOLOGIA

<b>PACIENTE:</b> ALFONSO RIVERA NOVA	<b>IDENTIFICACION:</b> CC 5678923		<b>HC:</b> 5678923 - CC
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 26/10/1962	<b>EDAD:</b> 60 Años	<b>SEXO:</b> M	<b>TIPO AFILIADO:</b> Beneficiario
<b>RESIDENCIA:</b> BARRIO PRIMERO DE MAYO CALLE17 CARRERA 26-77	<b>NORTE DE SANTANDER-CUCUTA</b>		<b>TELEFONO:</b> 3027445944
<b>NOMBRE ACOMPAÑANTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b>		<b>TELEFONO:</b>
<b>FECHA INGRESO:</b> 30/5/2023 - 07:18:51	<b>FECHA EGRESO:</b> 30/5/2023 - 09:18:50		<b>CAMA:</b>
<b>DEPARTAMENTO: 04 - CONSULTA EXTERNA PRINCIPAL</b>	<b>SERVICIO:</b> AMBULATORIO		
<b>CLIENTE:</b> NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	<b>PLAN:</b> NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2023-05-30	<p><b>09:18 JUAN.VANEGRAS - JUAN JOSE VANEGRAS ACEVEDO</b></p> <p><b>MOTIVO DE CONSULTA :</b> Paciente acude a consulta medica se realiza protocolo de ingreso a la institución. Se verifico la vacunación contra contra Covid-19 mediante la solicitud del carnet de vacunación</p> <p><b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b> REFIERE ASISTE A CITA CON RESULTADOS EXAMENES USA GOTAS KRYTANTEK DE FORMA IRREGULAR HOY NO APLICO GOTAS</p>

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS					
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
H408	OTROS GLAUCOMAS			JUAN JOSE VANEGRAS ACEVEDO	2023-05-30

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2023-05-30	<p><b>09:18 JUAN.VANEGRAS - JUAN JOSE VANEGRAS ACEVEDO</b></p> <p><b>ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA</b></p> <p>TRAE CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO AMBOS OJOS 10-2 OJO DERECHO : DEFECTO SEVERO CON ISLA RESIDUAL CENTRAL OJO IZQUIERDO: DEFECTO ABSOLUTO</p> <p>AGUDEZA VISUAL OJO DERECHO: CON CORRECCION: 20/70 OJO IZQUIERDO. CON CORRECCION: CUENTA DEDOS</p> <p>TONOMETRIA OJO DERECHO : 23 OJO IZQUIERDO: 22</p> <p>BIOMICROSCOPIA: OJO DERECHO: CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA, IRIS NORMAL, OPACIDAD NUCLEAR 1 OJO IZQUIERDO: CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA, IRIS NORMAL, OPACIDAD NUCLEAR 1 -2 , MARCUS GUNN?</p> <p>GONIOSCOPIA: AMBOS OJOS: B 20 F PTM 2</p> <p>FONDO NERVIO OPTICO, RETINA Y VITREO: OJO DERECHO: EXCAVACION 0,99 RETINA ADHERIDA OJO IZQUIERDO: EXCAVACION 0,99 RETINA ADHERIDA</p> <p>DIAGNOSTICO: GLAUCOMA CRONICO TERMINAL AMBOS OJOS CATARATA EVOLUTIVA AMBOS OJOS</p> <p>ANALISIS: POBRE PRONOSTICO VISUAL OJO IZQUIERDO, PRONOSTICO VISUAL RESERVADO OJO DERECHO. ESTA MUY DELICADO DE AMBOS OJOS. PUEDE PERDER LA VISION EN CUALQUIER MOMENTO SI NO USA LAS GOTAS (HOY NO LAS APLICO). DE FORMA CLARA SE EXPLICA NUEVAMENTE QUE SI NO USA LAS GOTAS VA A PERDER LA VISION DE FORMA DEFINITIVA E IRREVERSIBLE. SE DEJA TRICONJUGADO AO CADA 12 HORAS Y SE AÑADE GOTAS LATANOPROST CADA NOCHE AO. CITA EN 6 MESES</p> <p>PLAN: TRATAMIENTO:</p> <p>1- [BRIMONIDINATARTRATO]2MG/1ML ;[DORZOLAMIDA]20MG/1ML ;[TIMOLOL]5MG/1ML REQUIERE GOTAS</p>



## HISTORIA CLINICA - OFTALMOLOGIA

PACIENTE: ALFONSO RIVERA NOVA	IDENTIFICACION: CC 5678923	HC: 5678923 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/10/1962	EDAD: 60 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: BARRIO PRIMERO DE MAYO CALLE17 CARRERA 26-77	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	TIPO AFILIADO: Beneficiario TELEFONO: 3027445944
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 30/5/2023 - 07:18:51	FECHA EGRESO: 30/5/2023 - 09:18:50	CAMA:
DEPARTAMENTO: 04 - CONSULTA EXTERNA PRINCIPAL	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN: NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO	

KRYTANTEK PF FRASCOX5 ML LIBRE DE PRESERVANTES PARA MEJORAR LA PELICULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISIÓN REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO HIPOTENSOR COMBINADO CON TRES AGENTES QUE CONTROLAN EL FLUJO DE LOS LÍQUIDOS INTRAOCULARES REDUCIENDO ASÍ LA PRESIÓN INTRAOCULAR DEL OJO AYUDANDO A CONTROLAR ENFERMEDAD Y PRESERVAR LA VISIÓN Y MEJORAR LA CALIDAD DE SUPERFICIE OCULAR.

2 - LATANOPROST 0.005% x 3 ml GAAP GOTAS APLICAR 1 GOTAS CADA NOCHE AMBOS OJOS USO PERMANENTE EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISIÓN

REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO HIPOTENSOR 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.

NOTA: SE EXPLICA QUE DEBE USAR LAS GOTAS DE TRICONJUGADO Y GOTAS LATANOPROST AO DE FORMA OBLIGATORIA ESTA MUY MAL Y EL DAÑO ES IRREVERSIBLE. EL TRATAMIENTO ESTA ENCAMINADO A SOSTENER Y CONSERVAR MINIMO REMANENTE VISUAL AO (((EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISIÓN)))

SE SOLICITA  
VALORACION POR GLAUCOMA 6 MESES

### ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

### FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

### MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

BRIMONIDINA 0,2%-TIMOLOL 0.5%-DORZOLAMIDA2% PF 5ml SOLUCION - LAB. :ND - FOF0FO0038 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA

FORMULÓ: JUAN JOSE VANEGAS ACEVEDO

DOSIS

1 GOTAS (S) Cada 12 Hora(s)

MEDICAMENTO POS

CANTIDAD

6 SOLUCION

DIAS TRATAMIENTO

180 DIA(S)

### OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

REQUIERE GOTAS KRYTANTEK PF FRASCOX5 ML LIBRE DE PRESERVANTES PARA MEJORAR LA PELICULA LAGRIMAL CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE APLICAR 1 GOTAS CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISIÓN REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO HIPOTENSOR

LATANOPROST 0.005% x 3 ml GAAP SOLUCION - LAB. :ND - FOF0FO0117 (NO CLASIFICADO)

VIA DE ADMINISTRACIÓN: OFTALMICA

FORMULÓ: JUAN JOSE VANEGAS ACEVEDO

DOSIS

1 GOTAS (S) Cada 24 Hora(s)

MEDICAMENTO POS

CANTIDAD

6 SOLUCION

DIAS TRATAMIENTO

180 DIA(S)

### OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:

## HISTORIA CLINICA - OFTALMOLOGIA

PACIENTE: ALFONSO RIVERA NOVA	IDENTIFICACION: CC 5678923	HC: 5678923 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/10/1962	EDAD: 60 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: BARRIO PRIMERO DE MAYO CALLE17 CARRERA 26-77	NORTE DE SANTANDER-CUCUTA	TIPO AFILIADO: Beneficiario
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 30/5/2023 - 07:18:51	FECHA EGRESO: 30/5/2023 - 09:18:50	CAMA:
DEPARTAMENTO: 04 - CONSULTA EXTERNA PRINCIPAL	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	PLAN: NUEVA E.P.S PGP REGIMEN SUBSIDIADO	

APLICAR 1 GOTAS CADA NOCHE AMBOS OJOS USO PERMANENTE EL NO APLICAR AUMENTA ENFERMEDAD CON PERDIDA VISIÓN REQUIERE TRATAMIENTO CON ESTE MEDICAMENTO HIPOTENSOR 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.

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

**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.



**PROFESIONAL:** JUAN JOSE VANEGAS ACEVEDO

CC - 91497888

**ESPECIALIDAD -** OFTALMOLOGIA

Imprimió: JUAN JOSE VANEGAS ACEVEDO - JUAN.VANEGAS

Fecha Impresión : 2023/5/30 - 09:18:53

## 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	5678923
NOMBRES	ALFONSO
APELLIDOS	RIVERA NOVA
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: 08/20/2024 09:24:37 | 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



Sistema de Identificación de  
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

20/08/2024

Ficha:

54874356559200000757

A4

### Pobreza extrema

#### DATOS PERSONALES

**Nombres:** ALFONSO

**Apellidos:** RIVERA NOVA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 5678923

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/06/2023

Última actualización ciudadano: 29/06/2023

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 María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



