



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

| | |
|---|---------------|
| Solicitud de Autorización de servicios de salud | |
| Código: | |
| Proceso: | |
| Vigente a partir de: | Página 1 de 2 |

Fecha y hora de generación: 26/03/2026 15:00:12

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2025-10-2141021

FECHA Y HORA DE

10/15/25, 1:54 PM

DATOS DEL PACIENTE

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE: GLADYS DIAZ GRANADOS DE ALGECIRAS | FECHA DE NACIMIENTO: 12/23/40, 12:00 AM |
| TIPO DE DOCUMENTO: CC | NÚMERO DE DOCUMENTO: 21107184 |
| DIRECCIÓN: KR 46 143 60 APTO 102 | TELÉFONO: 17539591 |
| DEPARTAMENTO: BOGOTA, D. C. | MUNICIPIO: BOGOTA, D.C. |
| CORREO ELECTRÓNICO: mariavictoriaad70@gmail.com | CELULAR: 3014899402 |
| ENTIDAD ADSCRITA: DISPENSARIO MEDICO DE BOGOTA - ARC | CÓDIGO ESM O UPGD: 110018241481 |
| REGIONAL: CENTRO | ESTADO: Activo |
| GRADO: JT | FUERZA: ARC |
| COBERTURA EN SALUD: | |

INFORMACIÓN DEL (Solicitante)

| | |
|---|--|
| NOMBRE: DISPENSARIO MEDICO DE BOGOTA - ARC | CODIGO ESM O UPGD: 110018241481 |
| DIRECCIÓN: CARRERA 58 No 9 -67 | NÚMERO DE TELÉFONO: 7944222 Call Center |
| DEPARTAMENTO: BOGOTA, D. C. | MUNICIPIO: BOGOTA, D.C. |

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SERVICIOS SOLICITADOS

| | |
|--|---|
| ORIGEN DE LA ATENCIÓN: Enfermedad general | PRIORIDAD DE LA ATENCIÓN: Prioritario |
| TIPOS DE SERVICIOS SOLICITADOS: Servicios electivos | UBICACIÓN DEL PACIENTE: Consulta externa |
| SERVICIO: Optometría (CE) - SSFM | CAMA: |
| ÁMBITO: Consulta externa | |

MANEJO INTEGRAL SEGÚN GUÍA DE : NA

JUSTIFICACIÓN

AV SIN CORRECCION LEJOS OD 20/200 OI: 20/200 CERCA OD 20/200 OI 20/200 NUMEROS
EXAMEN MOTOR LEJOS ORTHO CERCA
EXAMEN EXTERNO DERMATOCHALASIS AO
BIOMICROSCOPIA: MEDIO REFIREGENTES AMBOS OJOS, REACION CONJUNTIVAL TARSAL INFERIOR AO PARPADOS SANO AO CORNEA SANO AO, CRISTALINO ESCLEROSIS NUCLEAR EN EVOLUCION N3 AO PUPILAS NORMOREACTIVAS IRIS SANO AO
QUERATOMETRIA: OD 43.25/43.50*90 OI: 43.00/43.75*40
AUTOREFRACOMETRO
OD +1.00-1.50*75
OI +0.25-1.25*60
RX FINAL
OD +0.25-1.25*75 20/100 ADD: +3.00 1.50M
OI +0.00-1.00*60 20/40 ADD: +3.00 1.00M
DNP 31/31
PLAN DE TTO:
1. SE PRESCRIBE CORRECCION OPTICA BIFOCALES (SE SUGIERE LENTES PROGRESIVOS ANTIREFLEJO + TRANSITIONS NO CUBRE LA ARMADA)
2. POLIETILENGLICOL)+PROPILENGLICOL APLICAR 1 GOTTA DE SOLUCION OFTALMICA CADA 8 HORAS EN CADA OJO POR 60 DIAS
3. SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALOARCION DE POLO POSTERIOR AO
OBSRVACIONES PACIENTE CON DIFICIL ENTENDIMIENTO PARA LA TOMA DE AGUDEZA VISUAL

CUPS SOLICITADOS

| CÓDIGO CUPS | CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | ESPECIALIDAD |
|-------------|----------|---|------------------------|
| 890307 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA | Optometria (CE) - SSFM |

Observación: CONTROL 1 AÑO

Estado: Pendiente

890276 1 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN

Oftalmología (CE) - SSFM

Observación: SE REMITE A OFTALMOLOGIA PARA VALOARCION DE POLO POSTERIOR AO

Estado: OBSRVACIONES PACIENTE CON DIFICIL ENTENDIMIENTO PARA LA TOMA

