LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205569

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1097401905	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JULIANA FERNANDA CAMACHO MEJIA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	2	27.491	54.982

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**54.982**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**54.982**
TOTAL FACTURA	**54.982**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 4dec8ca80549349cdbfc2a8638064590c79be9048c795b95ba533910827bebbdd40593c90fd7fbff7d31c1a1c286ed3f --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:09:00 p. m.

Formulario 1009874

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1612565 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/10/2021 11:49:40

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	JULIANA FERNANDA CAMACHO MEJIA	**Identificación Paciente**	1097401905
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	CALARCÁ
Dirección	CRA 11 NO 9 48	**Teléfono**	7656015
Fecha de Nacimiento	2/10/1994		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	2

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE GESTANTE, REQUIERE CULTIVO ANAL Y VAGINAL ,SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA, AUTORIZACION SUJET A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Juliana Fda Camacho Mejia.

X 1097401905.

X 3113045500

X Milan03juli@gmail.com

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2110137699

Fecha de Impresión
2021/10/28 11:28:30a. m.

Paciente : CC 1097401905 JULIANA FERNANDA CAMACHO M **No. Historia :** 1097401905 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2021/10/28 11:00:17a. m. **Edad :** 27 A?os **Sexo :** Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES * INCLUYE: IDENTIFICACION GENERO Y/O ESPEC IE	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

CULTIVO PARA STREPTOCOC ANAL Y VAGINAL.

Diagnóstico: *Z359* SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION

Dra. ANA CRISTINA CAÑAS HERNANDEZ
MEDICO GENERAL
C.C. 41.885.83.
R.P. 18955
POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ORDENADO POR

41885830 CA?AS HERNANDEZ ANA CRISTINA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

Autorizacion.

Página 1 de 1
Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas Armenia Tel:
(036) 7329230 EXT 1

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 2021/06/24

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/06/24** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/09/24**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **PT** **BUITRAGO PAREJA IVAN HORACIO** identificado (a) con **CC** **1070620691** Laborando

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

CAMACHO MEJIA JULIANA FERNANDA identificado (a) con **CC** **1097401905** en calidad de COMPAÑERO (A)

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

NO VALIDO PARA TRAMITES LABORALES Y/O PRACTICAS REMUNERADAS, NO PROCEDE APORTES AL ADRES, APLICACIÓN DECRETO 780 DE 2016 ART. 2.1.13.5

Patrullero JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable Validacion y Actualización de Derechos

Laboratorio Clínico

01009874

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-03 08:56:32
Solicitud	: 01009874	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:20.
Paciente	: JULIANA FERNANDA CAMACHO MEJIA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1097401905	**Fecha Nacimiento**	: 02/10/1994
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 27 / F
Direccion	: CRA 11 NO 9-48 BARCELONA	**Telefono**	: 3207158346 - 3113045500

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	**VAGINAL**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
	NEGATIVO PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	
ANTIBIOGRAMA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	**RECTAL**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
	NEGATIVO PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205570

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	41922842	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	GLORIA PATRICIA SALAZAR REYES	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 583df7753316ab8642a01cea3394a68d0545a272cda00fd2dfe32e85a3bc94ff971d64112ae5ec4878f88d1830926289 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:09:27 p. m.

Formulario 1010060

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1639958 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 3/11/2021 08:39:51

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	GLORIA PATRICIA SALAZAR REYES	**Identificación Paciente**	41922842
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	LA TEBAIDA
Dirección	MAZANA O CASA 11 TEL 7543474	**Teléfono**	3128831001
Fecha de Nacimiento	15/3/1971		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE UROLGOIA , QUIEN SOLICITA EXAMEN SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA, AUTORIZACION SUJET A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

+ Gloria Patricia Salaza R.
+ 41'922.842
+ 3155251420

03-15-1971
3155251420

46
3-11

ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.

NIT: 801000713-9

SOLICITUD LABORATORIOS EXTRAMURAL

Ingreso: 212734 **Fecha Historia:** 6/10/2021 1:14:16 p. m.

Número de Folio: 29 **Ubicación:** CENTENARIO - CONSULTA ESPECIALIZADA CENTENARIO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: SALAZAR REYES
Nombres: GLORIA PATRICIA
Dirección: BARRIO LOS CRISTALES MANZANA O CASA 11 - LA TEBAIDA - LA TEBAIDA
Teléfono: 0 - 3155251420
Entidad Responsable: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3
Seguridad Social: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Tipo Documento: CC **Numero:** 41922842
Edad: 50 Años 06 Meses 22 Dias (15/03/1971)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: BENEFICIARIO

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CONFIRMADO

Dianóstico: C162 - TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO

T: 2 **N:** 0 **M:** 0 **Estadio:** ec IB o 1b

PLAN DE MANEJO

LABORATORIOS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Fecha sugerida toma	Cantidad
901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	6/10/2021 1:10:00 p. m.	1
Datos Clinicos Relevantes:			
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO.	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP].	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP].	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
903833	FOSFATASA ALCALINA	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
903828	DESHIDROGENASA LACTICA.	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
903856	NITROGENO UREICO.	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	6/10/2021 1:12:00 p. m.	1

Profesional: ALVARO CUELLAR TORRES
Especialidad: UROLOGIA ONCOLOGICA
Tarjeta Prof. # 80037460

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **41.922.842**

SALAZAR REYES
APELLIDOS

GLORIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1971**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-SEP-1989 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2600100-00125844-F-0041922842-20081107 0005511700A 1 4160016366

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC41922842
Documento de Identificación

CASUR

SALAZAR REYES
Apellidos

GLORIA PATRICIA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC9805811
Titular

AGENTE (R)
Categoría del Titular





15-MAR-1971
Fecha de nacimiento

388760190
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO



Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 07:53:57
Solicitud	: 01010060	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:21.
Paciente	: GLORIA PATRICIA SALAZAR REYES	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 41922842	**Fecha Nacimiento**	: 15/03/1971
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 50 / F
Direccion	: B LOS CRISTALES MZ A CASA 11	**Telefono**	: 0 - 3187125945

MICROBIOLOGIA

UROCULTIVO REC DE COLONIAS

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Colonias	**> 100.000 UFC x mL**	
Tiempo de Incubación	**48 Horas**	
Germen Aislado	**Escherichia coli**	

ANTIBIOGRAMA

BLEE	-	**Neg**
Ampicilina	**RESISTENTE**	**>=32**
Ampicilina/Sulbactam	**INTERMEDIO**	**16**
Cefalotina	**SENSIBLE**	**4**
Cefuroxima	**SENSIBLE**	**4**
Cefuroxima Axetil	**SENSIBLE**	**4**
Cefotaxima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ceftazidima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ceftriaxona	**SENSIBLE**	**<=1**
Cefepima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ertapenem	**SENSIBLE**	**<=0,5**
Meropenem	**SENSIBLE**	**<=0,25**
Amicacina	**SENSIBLE**	**<=2**
Gentamicina	**SENSIBLE**	**<=1**
Ciprofloxacino	**RESISTENTE**	**>=4**
Norfloxacino	**RESISTENTE**	**>=16**
Fosfomicina	**SENSIBLE**	**<=16**
Nitrofurantoína	**SENSIBLE**	**<=16**
Trimetoprima/Sulfametoxazol	**RESISTENTE**	**>=320**

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205571

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	7529645	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	RAUL MARTINEZ VALENCIA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 329031cff3bef800196d813df70235d0cc732698bae7d0535a52d30ebaa999adf93c3c836cb37c096ba03104b461cd3d --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:09:55 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1639893 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 3/11/2021 08:38:57

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	RAUL MARTINEZ VALENCIA	**Identificación Paciente**	7529645
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B.LA ESMERALDA MZ.1 CASA 3	**Teléfono**	7379091
Fecha de Nacimiento	23/4/1959		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE REQUIERE DE UROCULTIVO + ANTIBIOGRAMA, SE DA VISTO BUENO POR AUDITORIA MEDICA.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ESNERIVAN GOMEZ RAMIREZ
Registro Médico	7442008
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X RAUL MARTINEZ VALENCIA

X CC # 7529645 RAUL.

X 3113950123

43
3-11

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

EXAMENES PENDIENTES DE LABORATORIO CLINICO

FECHA: NOV 3 /21 CODIGO: 2110132917

NOMBRES: Raul APELLIDOS: Martinez Valencia

IDENTIFICACION: C.C 72964[illegible] TI _____ NIUP: _____

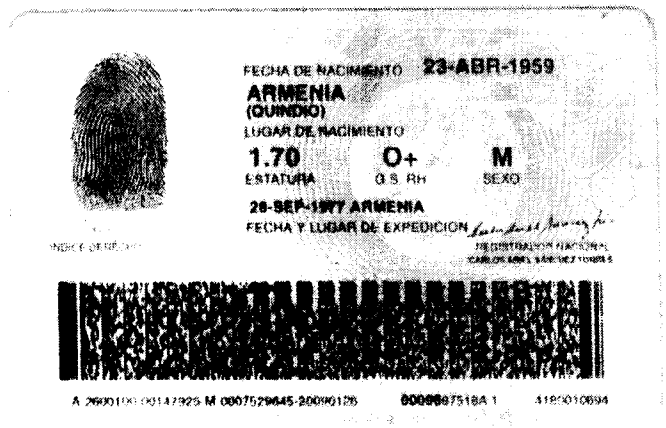
FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 23 MES: 04 AÑO: 1959

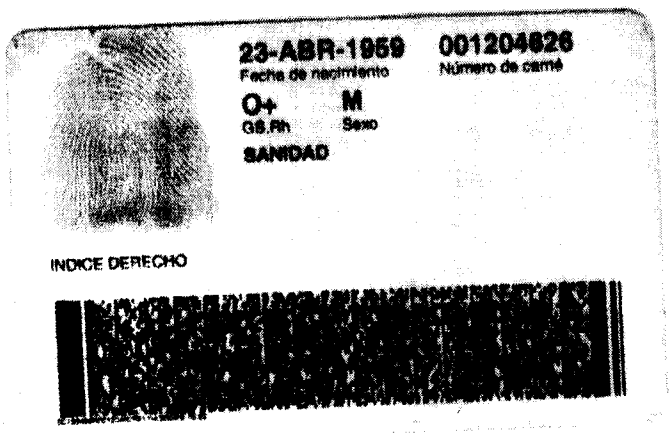
ORDENADO POR: _____ NUMERO DE CELULAR: 3113450123

- ☐ COPROLOGICO
- ☐ PARCIAL DE ORINA
- ☒ UROCULTIVO
- ☐ PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS
- ☐ MICROALBUMINURIA
- ☐ FROTIS VAGINAL
- ☐ DEP. DE CREATININA
- ☐ OTROS: _____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.5
MARTINEZ VA
APELLIDOS
RAUL
NOMBRES


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
7529645
CASUR
MARTINEZ VALENCIA
RAUL
PERMANENTE
AGENTE(R)


FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1959
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
26-SEP-1977 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO


23-ABR-1959
Fecha de nacimiento
001204626
Número de carné
O+
G.S.Rh
M
Sexo
SANIDAD
INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01010063

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 07:58:42
Solicitud	: 01010063	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:21.
Paciente	: RAUL MARTINEZ VALENCIA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 7529645	**Fecha Nacimiento**	: 23/04/1959
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 62 / M
Direccion	: URBANIZACION LA ESMERALDA MZ 1 CASA 3	**Telefono**	: 3233981332 - 3113450123

MICROBIOLOGIA

UROCULTIVO REC DE COLONIAS

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Colonias	**> 100.000 UFC x mL**	
Tiempo de Incubación	**48 Horas**	
Germen Aislado	**Escherichia coli**	

ANTIBIOGRAMA

BLEE	-	**Neg**
Ampicilina	**SENSIBLE**	**<=2**
Ampicilina/Sulbactam	**SENSIBLE**	**<=2**
Cefalotina	**SENSIBLE**	**4**
Cefuroxima	**SENSIBLE**	**4**
Cefuroxima Axetil	**SENSIBLE**	**4**
Cefotaxima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ceftazidima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ceftriaxona	**SENSIBLE**	**<=1**
Cefepima	**SENSIBLE**	**<=1**
Ertapenem	**SENSIBLE**	**<=0,5**
Meropenem	**SENSIBLE**	**<=0,25**
Amicacina	**SENSIBLE**	**<=2**
Gentamicina	**SENSIBLE**	**<=1**
Ciprofloxacino	**SENSIBLE**	**<=0,25**
Norfloxacino	**SENSIBLE**	**<=0,5**
Fosfomicina	**SENSIBLE**	**<=16**
Nitrofurantoína	**SENSIBLE**	**<=16**
Trimetoprima/Sulfametoxazol	**SENSIBLE**	**<=20**

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205572

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	41870015	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	HADA LUZ MOLINA GUTIERREZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: a310d7dd7a298b6bc451b14a7a81640252a738272ae91a2537af595574c45fa945c2ebee2538b9467eeed72976d2fa72 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:10:22 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1639086 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 3/11/2021 07:29:54

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	HADA LUZ MOLINA GUTIERREZ	**Identificación Paciente**	41870015
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B.VILLA DEL CENTENARIO MZ. C CASA 11	**Teléfono**	3116039026
Fecha de Nacimiento	27/8/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE REQUIERE DE UROCULTIVO, SE DA VISTO BUENO POR AUDITORIA MEDICA.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ESNERIVAN GOMEZ RAMIREZ
Registro Médico	7442008
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Hada Luz Molina G
41870015
3116039026

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

3C
3-11

EXAMENES PENDIENTES DE LABORATORIO CLINICO

FECHA: NOV 3/21 CODIGO: 210704008

NOMBRES: Nadal Luz APELLIDOS: Molina Gutierrez

IDENTIFICACION: C.C 41870015 TI _____ NIUP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 27 MES: 08 AÑO: 1961

ORDENADO POR: _____ NUMERO DE CELULAR: 3113590390 B ☐ C

- ☐ COPROLOGICO
- ☐ PARCIAL DE ORINA
- ☒ UROCULTIVO
- ☐ PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS
- ☐ MICROALBUMINURIA
- ☐ FROTIS VAGINAL
- ☐ DEP. DE CREATININA
- ☐ OTROS: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.870.015**
MOLINA GUTIERREZ

APELLIDOS
HADA LUZ

NOMBRES

FIRMA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC41870015 CASUR
Documento de Identificación

MOLINA GUTIERREZ
Apellidos

HADA LUZ
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE GC6212487
Fecha de Vencimiento Titular

AGENTE (R)
Categoria del Titular





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1961**
LA TEBAIDA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

25-NOV-1979 LA TEBAIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00067824-F-0041870015-20080908 0003160382A 1 4200009616



INDICE DERECHO

27-AGO-1961
Fecha de nacimiento

301652864
Numero de carné

A +
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

0212487/2009/07/22 12:29:09

Laboratorio Clínico

01010064

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 08:00:47
Solicitud	: 01010064	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:22.
Paciente	: HADA LUZ MOLINA GUTIERREZ	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 41870015	**Fecha Nacimiento**	: 27/01/1962
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 59 / F
Direccion	: MZ C CASA 11 VILLA DEL CENTENARIO	**Telefono**	: 3116039026 -

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
UROCULTIVO REC DE COLONIAS		
Resultado	**Negativo a las 48 horas de incubacion**	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205573

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1094936769	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	SILVANA OSORIO HERRERA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	ANDROSTENEDIONA	1	25.430	25.430
2	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	1	28.712	28.712

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**54.142**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**54.142**
TOTAL FACTURA	**54.142**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: d6f11341f4e4227e5c998e1bd9140dcd1ea17dd90f00db70acb04da5c789f6d8fe9c0956349693180721c696c5f41438 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:10:51 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1418870 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/9/2021 13:45:46

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	SILVANA OSORIO HERRERA	**Identificación Paciente**	1094936769
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	CALARCÁ
Dirección	MZ L 6	**Teléfono**	7435070
Fecha de Nacimiento	15/8/2011		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904501	ANDROSTENEDIONA	1
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE CON DX DE E349, EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA , QUIEN SOLICITA EXAMENES , SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA , AUTORIZACION SUJET A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

x Silvana Osorio Herrera
x 1094936769
x 3113105679
x J.lucianoso@gmail.Com.

x Jeimmy Herrera G
24586850 C/a

ORDEN MÉDICA

GASTROMED S.A.S
NIT 900522320
Dirección AV JUAN B GUTIERREZ NO 17-75 EDIFICIO CENTRO CONS 207
Tel 3233972-3213940044

Fecha 10/08/2021

N° Doc: TI 1094936769 Nombre : SILVANA OSORIO HERRERA Entidad : SANIDAD POLICIA QUINDIO - SANIDAD POLICIA QUINDIO

Dirección:

Edad: 10 Años Sexo: F

Código	Procedimiento	Nivel	Detalle	Diag. CIE-10	Cant
Nota :					
904602	TESTOSTERONA TOTAL				1
904609	HIDROXIPROGESTERONA 17ALFA				1
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA NO				1
904801	ANDROSTENEDIONA NO				1

EDGAR FERNANDO PEREZ RINCON
C.C 16258240 R.M
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
Medico



15-AGO-2011
Fecha de nacimiento

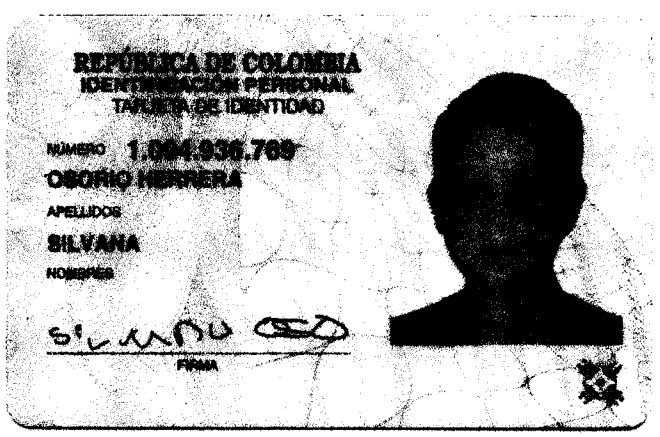
388976473
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

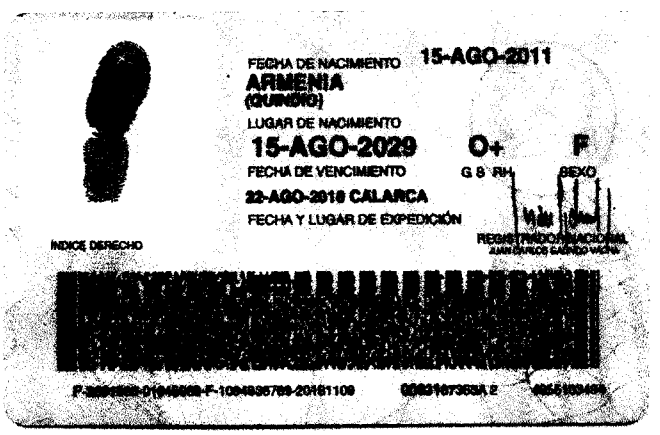
INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.094.936.769
OSORIO HERRERA
APELLIDOS
SILVANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2011
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-AGO-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
22-AGO-2018 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

F
SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 08:09:08
Solicitud	: 01010073	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:22.
Paciente	: SILVANA OSORIO HERRERA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1094936769	**Fecha Nacimiento**	: 15/08/2011
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 10 / F
Direccion	: B GUADUALES MZ A CASA 15 APTO 301	**Telefono**	: 0 - 3113105679

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
INMUNOQUIMICA					
ANDROSTENEDIONA	**0.462**	ng/ml			
Método:QUIMIOLUMINISCENCIA					
	Hombres:		0.5	a	4.8
	Mujeres:				
	Fase folicular		0.9	a	3.0
	Pico ovulatorio		1.9	a	4.7
	Fase luteal		1.1	a	4.2
	Sínd. ovario poliquístico		2.2	a	6.5
	Postmenopausia		0.3	a	3.7
	Niños:				
	1 a 5 meses		0.05	a	0.45
	6 a 11 meses		0.05	a	0.55
	1 a 5 años		0.05	a	0.90
	6 a 9 años		0.05	a	1.43
	10 a 11 años		0.10	a	1.80
	12 a 14 años		0.25	a	1.85
	15 a17 años		0.35	a	1.88
	Niñas:				
	1 a 5 meses		0.05	a	0.35
	6 a 11 meses		0.05	a	0.95
	1 a 5 años		0.05	a	1.87
	6 a 9 años		0.05	a	1.94
	10 a 11 años		0.10	a	2.40
	12 a 14 años		0.25	a	2.82
	15 a 17 años		0.35	a	2.94
DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO (DHEA-SO4)	**118.0**	ug/dl			
Método: Quimioluminiscencia					
	Niños:				
	Menores de una semana:		108	-	607
	1 - 4 Semanas:		31.6	-	431
	1 - 12 Meses:		3.4	-	123.6
	1 - 4 Años:		0.47	-	19.4
	5 - 9 Años:		2.8	-	85.2
	Hombres:				
	10 - 14 Años:		24.4	-	247
	15 - 19 Años:		70.2	-	492
	20 - 24 Años:		211	-	492
	25 - 34 Años:		160	-	449
	35 - 44 Años:		88.9	-	427
	45 - 54 Años:		44.3	-	331
	55 - 64 Años:		51.7	-	295
	65 - 74 Años:		33.6	-	249
	Mayores de 75 Años:		16.2	-	123
	Mujeres:				
	10 - 14 Años:		33.9	-	280

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 08:09:08
Solicitud	: 01010073	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:22.
Paciente	: SILVANA OSORIO HERRERA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1094936769	**Fecha Nacimiento**	: 15/08/2011
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 10 / F
Direccion	: B GUADUALES MZ A CASA 15 APTO 301	**Telefono**	: 0 - 3113105679

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA		
INMUNOQUIMICA				
	15 - 19 Años:	65.1	-	368
	20 - 24 Años:	148	-	407
	25 - 34 Años:	98.8	-	380
	35 - 44 Años:	60.9	-	337
	45 - 54 Años:	35.4	-	256
	55 - 64 Años:	18.9	-	205
	65 - 74 Años:	9.40	-	246
	Mayores de 75 Años:	12.0	-	154

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISSQ087

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205574

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	10255913	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JORGE HERNANDO TANGARIFE GUTIERREZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: aaa79e8738fcdab3879a5a023603dd06d4b92ae232c08b0ecdafd56444f7c4206fca6cb3346b2d826195698446696634 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:11:18 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1641024 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 3/11/2021 09:48:17

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	JORGE HERNANDO TANGARIFE GUTIERREZ	**Identificación Paciente**	10255913
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	QUIMBAYA
Dirección	MZ 3 CASA 29	**Teléfono**	2803620
Fecha de Nacimiento	30/5/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE REQUIERE DE UROCULTIVO, SE DA VISTO BUENO POR AUDITORIA MEDICA.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ESNERIVAN GOMEZ RAMIREZ
Registro Médico	7442008
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Jorge Hernando Tangarife y Gutiérrez X

cc 10255.913 X

311- 628-7538

Jorge. tangarife 913 @ gmail

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : jueves, 14 octubre 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: **10255913**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JORGE HERNANDO TANGARIFE GUTIERREZ **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 60 Años \ 4 Meses \ 15 Días **Fecha_Nac** 30/05/1961 **Teléfono:** 3116287538-3177785783

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **14/10/2021 02:21:05 p.m.**

Nº Ingreso: 2195215 **Fecha:** 14/10/2021 02:07:57 p.m. **Nº Folio:** **171**

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups901236	Ips19966	19966 - UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS		1	Rutinario

Observaciones: EN 6 DIAS

DIAGNÓSTICO

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

Total Ítems: 1

Profesional: RAMIREZ CASASFRANCO DAVID

ESPECIALIDAD: UROLOGIA

R.M. 94451946

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC10255913 CASUR
Documento de Identificación

TANGARIFE GUTIERREZ
Apellidos

JORGE HERNANDO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

AGENTE (R)
Grado del Titular



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.255.913
TANGARIFE GUTIERREZ
APELLIDOS

JORGE HERNANDO
NOMBRES



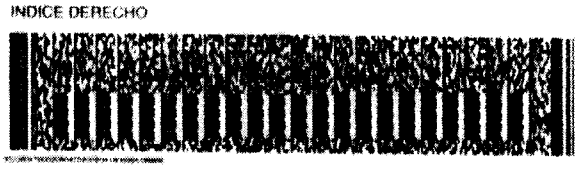


30-MAY-1961 002080470
Fecha de nacimiento Número de Carné

B+ M
G.S. Rh Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO





FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1961

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUN-1980 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2600100-0019914 M-0010255913 20091097 0018825449A 3 4180107728

Laboratorio Clínico

01010082

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 08:16:31
Solicitud	: 01010082	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:23.
Paciente	: JORGE HERNANDO TANGARIFE GUTIERREZ	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 10255913	**Fecha Nacimiento**	: 30/05/1961
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 60 / M
Direccion	: B LA FACADA MZ 5 CASA 5	**Telefono**	: 3013564208 -

MICROBIOLOGIA

UROCULTIVO REC DE COLONIAS

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Colonias	**> 100.000 UFC x mL**	
Tiempo de Incubación	**48 Horas**	
Germen Aislado	**Escherichia coli**	
ANTIBIOGRAMA		
BLEE	-	**Neg**
Ampicilina	**RESISTENTE**	**>=32**
Ampicilina/Sulbactam	**RESISTENTE**	**>=32**
Cefalotina	**RESISTENTE**	**>=64**
Cefuroxima	**RESISTENTE**	**>=64**
Cefuroxima Axetil	**RESISTENTE**	**>=64**
Cefotaxima	**RESISTENTE**	**32**
Ceftriaxona	**RESISTENTE**	**16**
Meropenem	**SENSIBLE**	**1**
Amicacina	**INTERMEDIO**	**32**
Gentamicina	**INTERMEDIO**	**8**
Ciprofloxacino	**SENSIBLE**	**<=0,25**
Norfloxacino	**SENSIBLE**	**<=0,5**
Fosfomicina	**INTERMEDIO**	**128**
Nitrofurantoína	**RESISTENTE**	**>=512**
Trimetoprima/Sulfametoxazol	**RESISTENTE**	**80**

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205575

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	41897398	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	BERTHA MARIA LONDOÑO RAMIREZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: ceca54e63aaa8fe9b3ba1ac6faac12e0efd6d4ef1716f49be55007337bcd58156d1f9f834754297b35bc5bf3167cd18d --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:11:45 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1649768 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/11/2021 08:47:53

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	BERTHA MARIA LONDOÑO RAMIREZ	**Identificación Paciente**	41897398
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANANA G NUMERO 36 PARTE ALTA	**Teléfono**	3154290739
Fecha de Nacimiento	4/4/1962		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE QUE REQUIERE EXAMEN,SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA, AUTORIZACION SUJET A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Bertha Mª Londoño Ramírez

X 3154290739

X CC 41897398 Arm.

X bertika1962@hotmail.com

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2107113015

Fecha de Impresión
2021/07/26 7:25:0

Paciente : CC 41897398 BERTHA MARIA LONDO?O RAMIREZ **No. Historia :** 41897398 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2021/07/26 6:17:44a. m. **Edad :** 59 A?os **Sexo :** Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
901237B	**UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL) INCLUYE: RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	1	NO	NORMAL
903818B	**COLESTEROL TOTAL	1	NO	NORMAL
903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1	NO	NORMAL
903841B	**GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	NO	NORMAL
903868B	**TRIGLICERIDOS	1	NO	NORMAL
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	1	NO	NORMAL
907106B	**UROANALISIS	1	NO	NORMAL

ORDENADO POR

10249014 RUIZ GIRALDO JAIRO

Jairo Ruiz Giraldo
C.C. 10.248.014
Firma: MEDICO CIRUJANO
U. DE CALDAS R.M. 16791-87

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
41.897.398
NUMERO
LONDOÑO RAMIREZ.
APELLIDOS
BERTHA MARIA
NOMBRES
FIRMA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CASUR
CC41897398
Documento de Identificación
LONDOÑO RAMIREZ
Apellidos
BERTHA MARIA
Nombres
CONYUGE
Parentesco con Titular
PERMANENTE
Fecha de Vencimiento
CC10106116
Titular
AGENTE (R)
Categoria del Titular





FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1962
MONTENEGRO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-AGO-1980 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALBABEATRIZ RENDON LOPEZ
INDICE DERECHO

A-2600100-56128002-F-0041897398-20041027 06876043008 02 129233053

04-ABR-1962
Fecha de nacimiento
389038746
Numero de carné
O +
GS.Rh
F
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01010158

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 09:29:37
Solicitud	: 01010158	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:24.
Paciente	: BERTHA MARIA LONDOÑO RAMIREZ	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 41897398	**Fecha Nacimiento**	: 04/04/1962
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 59 / F
Direccion	: VILLA LILIANA MZ G CASA 236	**Telefono**	: 0 - 3154290739

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
UROCULTIVO REC DE COLONIAS		
Resultado	**Negativo a las 48 horas de incubacion**	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205576

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	4479982	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	RODRIGO DE JESUS TABARQUINO CASTAÑEDA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	1	17.537	17.537

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.537**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.537**
TOTAL FACTURA	**17.537**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: e52583734c77fcd4ce6a285875ae0e68a9354490ee4b9410d0e0cb9ebe04a0c51089fcddf4f8a3d59e58ebb9d07f517f --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:12:12 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1612296 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/10/2021 11:32:28

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	RODRIGO DE JESUS TABARQUINO CASTAÑEDA	**Identificación Paciente**	4479982
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. LA ISABELA MZ.3 CASA 13	**Teléfono**	3162671308
Fecha de Nacimiento	16/10/1966		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE REQUEIRE DE UROCULTIVO, SE DA VISTO BUENO POR AUDITORIA MEDICA.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ESNERIVAN GOMEZ RAMIREZ
Registro Médico	7442008
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Rodrigo de Jesus Tabarquino Castañeda

X CC. 4479982

X Cel. 3206043510

X Rotaca1666@Hotmail.com.

SOLICITUD DE EXÁMENES

EVOLUCION HOSPITALARIA **Cama** **706**

Nº Historia Clínica: **4479982**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: RODRIGO DE JESUS TABARQUINO CASTAÑEDA **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 54 Años \ 11 Meses \ 21 Días **Fecha_Nac** 16/10/1966 **Teléfono:** 3137609947

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **6/10/2021 12:43:43 p. m.**

Nº Ingreso: 2191837 **Fecha:** 4/10/2021 8:16:37 a. m. **Nº Folio:** **29**

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups906123	Ips19966	19966 - UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

Total Ítems: 1

Profesional: GOMEZ CASTRO LAURA TATIANA

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

R.M. 1094924363

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



CC4479982 **CASUR**
Documento de Identificación

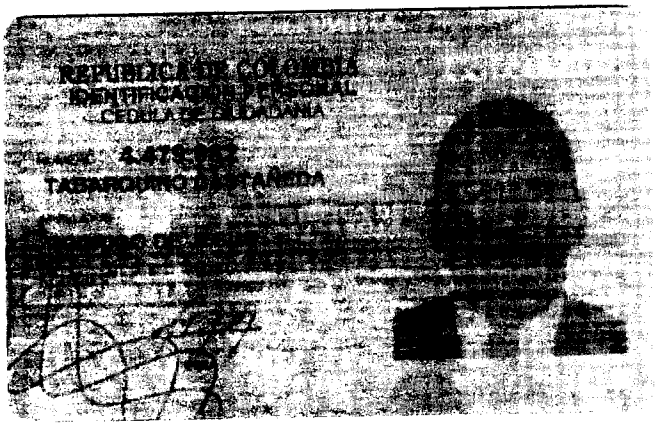
TABARQUINO CASTAÑEDA
Apellidos

RODRIGO DE JESUS
Nombres



PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

AGENTE(R)
Grado del Titular





16-OCT-1966
Fecha de nacimiento

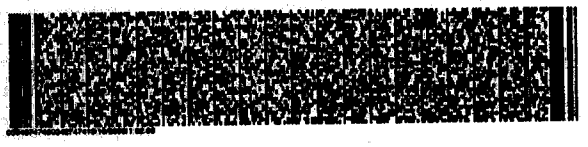
000437474
Número de carné

A+
GS.Rh

M
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO





FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1966

PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

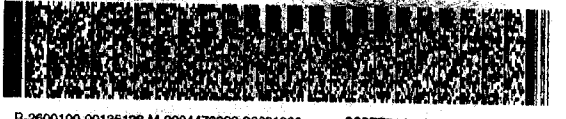
A+
G.S RH

M
SEXO

11-JUN-1985 PALESTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



R-2600100-00135128-M-0004479982-20081209 0007772713A 1 9917375235

Laboratorio Clínico

01010193

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-04 09:50:50
Solicitud	: 01010193	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:24.
Paciente	: RODRIGO DE JESUS TABARQUINO CASTAÑEDA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 4479982	**Fecha Nacimiento**	: 16/10/1966
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 55 / M
Direccion	: MZ G CASA 14 VILLA DE LAS MERICAS	**Telefono**	: 0 - 3206043510

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
UROCULTIVO REC DE COLONIAS		
Resultado	**Negativo a las 48 horas de incubacion**	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205577

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1115358489	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	41.431	41.431

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**41.431**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**41.431**
TOTAL FACTURA	**41.431**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: e3be18e3f420c99f55b8ffbd340ac8a05e1441b7cac9d7f9f34315b4d5a27c6d0b944485e9acaa0d001e87e1a8e81354 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:12:39 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1591955 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 26/10/2021 08:45:58

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO	**Identificación Paciente**	1115358489
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	AVENIDA 19 N 15-35 3 ETAPA BLOQUE 12 APR 2B	**Teléfono**	3205595878
Fecha de Nacimiento	5/12/2005		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones 906215 EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO D696 - TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CARLOS ALBERTO REYES RODRIGUEZ
Registro Médico	63-2745/98
Cargo	AUDITOR
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

x Alejandro López Pizarro
+ 1115358489
+ 3136034870
x 1977pizarrosandra@gmail.com

ORDEN MÉDICA

GASTROKIDS S.A.S.
Nit: 900622320
Direcc: AV JUAN B GUTIERREZ NO 17 55 EDIF ICONO CONS 307
Tel: 3233979-3219949244

Fecha 25/10/2021

N° Doc: TI 1115358489 Nombre : ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO Entidad : REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 7

Dirección: CALLE 9 NORTE 21-51 ARMENIA
Edad: 15 Años Sexo: M

Código	Procedimiento	Nivel	Detalle	Diag. CIE-10	Cant
Nota :					
906225	HEPATITIS C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] & *				1
906317	HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *				1
906215	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M				1

CHRISTINE VANESSA ARANGO SLINGBY
C.C 1088237893 R.M
REUMATOLOGIA
Médico

Historia Clínica

Doc. Identidad: **TI 1115358489** Nombre: **ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO** Edad: **15 Años**
Entidad: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** Convenio: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**
Dirección: **CALLE 9 NORTE 21-51 ARMENIA** Teléfono: **3154695109 - 3183402468**
Ocupación: Acompañante:

DIAGNÓSTICOS

D696 - TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA - Observación: - Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA

ANÁLISIS: PACIENTE QUIEN VENIA EN SEGUIMIENTO POR ARTROMIALGIAS DE CARACTERISTICAS MECANICAS DE LARGA DATA - CURSO CON ANAS 1/40, 1/80 Y EN ALGUNA OCASION CON ANTIDNA 1/10 Y ACA IGM EN LIMITE SIN CLINICA DE PATOLOGIA REUMATICA - PRESENTO FIEBRE RECURRENTES QUE RESOLVIERON Y CON PANEL DE 7 GENES NEGATIVOS - ULTIMA CITA EN OCT DE 2019, SE CITO A 4 MESES, ASISTE 2 AÑOS DESPUES.- LLAMA LA ATENCION DOLOR EN EXTREMIDAD SUPERIOR IZQ DE CARACTERISTICAS BIZARRAS, CON GAMAGRAFIA QUE REPORTAN CON HIPERCAPTACION EN CABEZA HUMERAL IZQUIERDA- CON EMG + NC NORMALES Y EF AL MOMENTO NORMAL - SE TOMO RMN CONTRASTADA NORMAL- YA SIN DOLOR, POSIBLE TENDINITIS POR ALZAR PESAS???
POR OTRO LADO, CON TROMBOCITOPENIA - MACROPLAQUETAS, ULTIMO CONTEO EN 96,000, NO COMPROMISO DE OTRAS LINEAS, ESTUDIOS DE AUTOINMUNIDAD NEGATIVOS (SOLO ANT LUPICO LIMITE QUE NO TIENE RELEVANCIA)- IGG EPSTEI BARR ELEVADA, SS CONTROL DE IGM- SE ADICIONA ESTUDIOS DE ETS-

CONTROL POR HEMATOLOGIA PEDIATRICA
POR AHORA NO REQUIERE INTERVENCION FARMACOLOGICA DE TROMBOCITOPENIA
CONTROL EN 2 MESES - SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

PLAN:

CHRISTINE VANESSA ARANGO SLINGBY
Especialidad: REUMATOLOGIA
CC: 1088237893 RM:

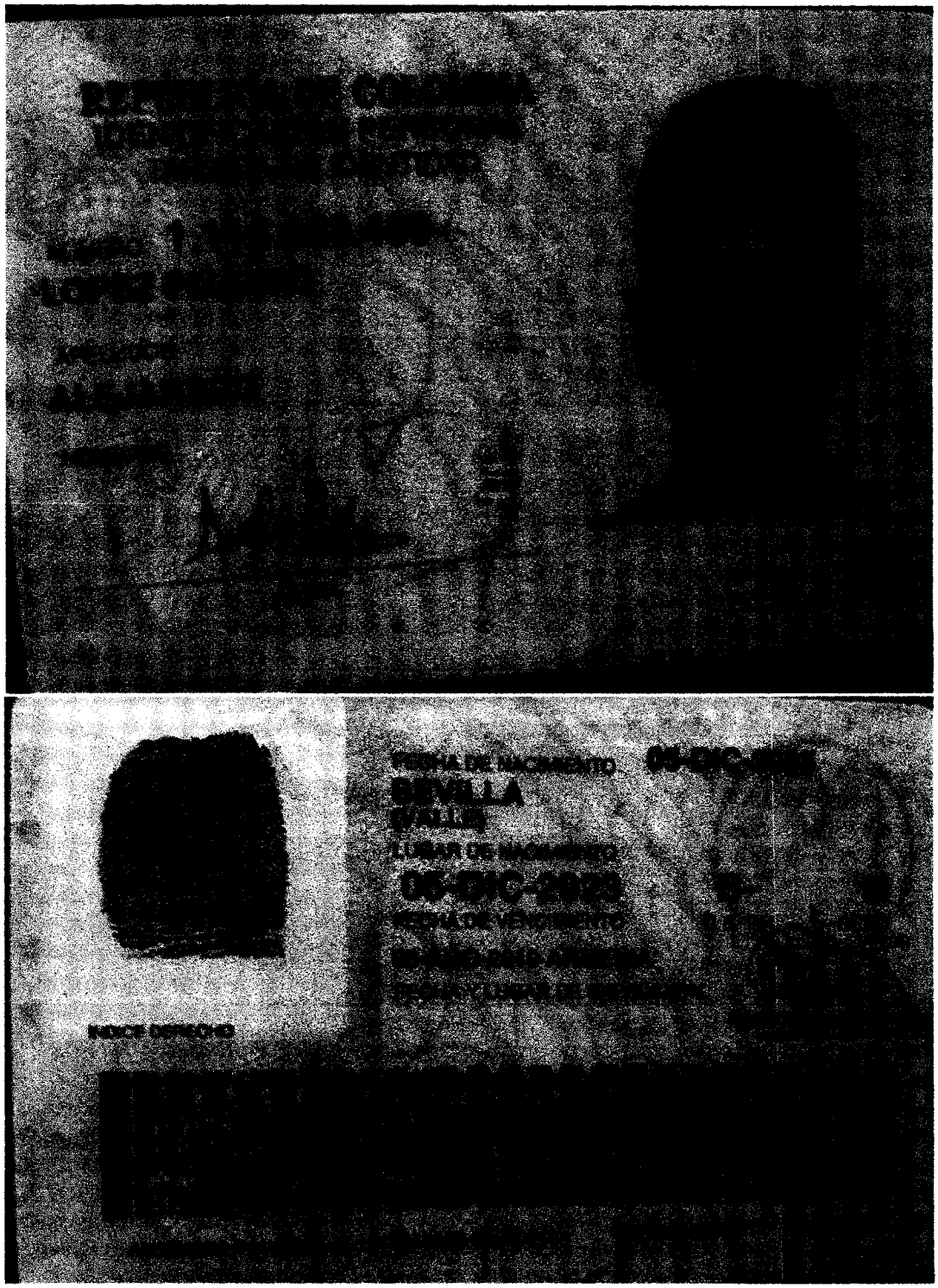
ORDEN MÉDICA

GASTROKIDS S.A.S.
Nit: 900622320
Direcc: AV JUAN B GUTIERREZ NO 17 55 EDIF ICONO CONS 307
Tel: 3233979-3219949244

Fecha 25/10/2021

	[CÁPSULA EB-VCA-M] POR EIA	
906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS	1
906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	1

CHRISTINE VANESSA ARANGO SLINGBY
C.C 1088237893 R.M
REUMATOLOGIA
Médico


FECHA DE NACIMIENTO
SEVILLA
LUGAR DE NACIMIENTO
06-DIC-2023

Página 1 de 1
Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas Armenia Tel:
(036) 7329230

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 2021/07/12

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/07/12** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/12/31**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **IJ** **LOPEZ BENITEZ LUIS JULIAN** identificado (a) con **CC** **94285012** Asignación de Retiro

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

LOPEZ PIZARRO ALEJANDRO identificado (a) con **TI** **1115358489** en calidad de HIJO (A)

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

Patrullero JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable Validacion y Actualización de Derechos

Historia Clínica

Doc. Identidad: **TI 1115358489** Nombre: **ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO** Edad: **15 Años**
Entidad: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** Convenio: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**
Dirección: **CALLE 9 NORTE 21-51 ARMENIA** Teléfono: **3154695109 - 3183402468**
Ocupación: Acompañante:

Fecha de elaboración: 25/10/2021 10:49:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL: ULTIMA CITA SEP 2021

EDAD 15 AÑOS
ARMENIA
ACOMPAÑANTE MADRE, SANDRA

SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR EL MINISTERIOR DE SALUD ANTE PANDEMIA COVID19

IDX:
ARTROMIALGIAS MECANICAS EN MEJORIA
DOLOR EN EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA
POSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS VARIABLES: ANAS 1/80 Y ANTIDNA 1/10 CON ACA IGM EN LIMITE SUPERIOR - EN AGOSTO DE 2017 CON ANTIDNA NEG, ACAS NEG Y ANAS 1/40 (NEGATIVOS)
SE ESTUDIO CON PANEL DE FIEBRE PERIODICA POR FIEBRES RECURRENTES: FUE NEGATIVO- RESOLVIERON TROMBOCITOPENIA EN ESTUDIO, DEBUT 2021-
NO ESTA VACUNADO CONTRA COVID - EN ESPERA DE AVAL-

SUBJETIVO: NO LE HA VUELTO A DAR EL DOLOR - NO SANGRADOS - NO HOSPITALIZACIONES, NO INGRESOS A URGENCIAS

PATOLOGICOS: NO
QX: NO
ALERGIAS: NO
VACUNAS: COMPLETAS
ESCOLARIDAD:9 NO, BUEN RENDIMIENTO
FAMILIARES: ABUELA PATERNA CON LES, TIO ABUELO PATERNO CON TRANSPLANTE RENAL, PRIMAS DEL PAPA CON LEUCEMIA

ULTIMOS PARACLINICOS:
SEP 2021 ORTOPEDIA DR HERRERA TENDINITIS BICEPS Y BRAQUIAL
OCT 2021 HEMATOONCO ESTUDIOS COLAGENOSIS E INFECCIONES ES NEGATIVO, SS LABS PARA DESCARTAR HEMOLISIS- ECO DE ABDOMEN- CONTROL EN 1 MES

NUEVOS
29 SEP 21 HB 14.8 HTO 44.3% GB 6.390 N62% L28% 1970 PLAQ 96.000
RMN HOMBRO IZQ CON CONTRASTE NORMAL
14 SEP 21 A LUP 1.2 LIMITE ACA IGG NEG ANTIDNA NEG BETA2GLICOP IGG IGM NEG CMV IGM IGG NEG TGO 30 TGP 27 COOMBS NEG EPSTEIN BARR IGM NEG IGG 400 POSITIVO
9 SEP 21 TAC CRANEO NORMAL
1 SEP 21 PLAQ 85.000 SIN BLASTOS EN ESP RESTO DE LINEAS NORMALES
27 AGOSTO 21 HLA B27 NEG CPK 206 (HASTA 190)

Laboratorio Clínico

01011033

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-08 15:57:00
Solicitud	: 01011033	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:24.
Paciente	: ALEJANDRO LOPEZ PIZARRO	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1115358489	**Fecha Nacimiento**	: 05/12/2005
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 15 / M
Direccion	: MZ D CASA 12 B VILLA HERMOSA	**Telefono**	: 0 - 3136034870

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
INMUNOLOGIA				
Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-G) Técnica: Elisa	**3.4**	U/ml	Negativo: Limite Positivo	Menor de 20 U/ml - 20-25 U/ml Mayor de 25 U/ml

Validado Por:

Angie Katherine Arias H.

ANGIE KATHERINE ARIAS HENAO
BACTERIOLOGA
1053864838-09449

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205578

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1140926096	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	MIGUEL ANGEL FAJARDO ZULETA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3	29.719	89.157

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**89.157**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**89.157**
TOTAL FACTURA	**89.157**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: fc054498d35a0d098549ecac3ce19f05f2da66c2c8e3f0d8cafdbe873ff4d6964f388c59de70d0821363e8d5119d3723 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:13:07 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1603065 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 27/10/2021 11:15:36

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	MIGUEL ANGEL FAJARDO ZULETA	**Identificación Paciente**	1140926096
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	MONTENEGRO
Dirección	CALLE 20 NO. 20-31	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	12/5/2013		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE ALERGOLOGÍA , QUIEN SOLICITA EXAMEN, SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA, AUTORIZACION SUJET A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Miguel Angel fajardo zuleta

TI: 1140926096

Tel: 315 415 7025 - 316 335 04 65

laura elisa zuleta

CC

Nombre paciente: MIGUEL ANGEL FAJARDO ZULETA

Identificación: RC 1140926096

Entidad: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD # 3

Edad: 7 años 9 meses 17 días

Sexo: Masculino

Correo electrónico:

Dirección: MZ 9 CS 33 B/ CENTENARIO

Formulación CTC

Servicio Solicitado: INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA CON EXTRACTO ALERGENICO PARA ÁCAROS

Observaciones: LA INMUNOTERAPIA ESPECIFICA CON ALERGÉNOS MODIFICA LA RESPUESTA INMUNITARIA E INDUCE UN ESTADO DE TOLERANCIA, ES LA ÚNICA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA DISPONIBLE PARA CAMBIAR EL CURSO NATURAL DE LA ENFERMEDAD ALÉRGICA.
DEBE PERMANECER EN OBSERVACIÒN 30 MINUTOS DESPUÈS DE CADA ADMINSITRACIÒN. EVITAR LA ACTIVIDAD DEPORTIVA 4 HORAS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA IT.

Procedimiento pos que reemplaza o sustituye el servicio solicitado: NO EXISTE ALTERNATIVA

Describa en forma resumida la historia clínica y la justificación para el uso del servicio solicitado: PACIENTE CON RINOCONJUNTIVITIS PERSISITENTE MODERADA-GRAVE POR ALERGIA A ÁCAROS, SE INICIO INMUNOTERAPIA CON BUENA TOLERANCIA, DEBE CONTINUAR LA MISMA EN PAUTA DE MANTENIMIENTO MENSUAL.

Profesional que atiende:

MARGARITA R. ACEVEDO
Medico Alergólogo
C.C. 1.129.582.063
Reg. 20592/2013

MARGARITA ROSA ACEVEDO MATOS
T.P 77547/20
Médico especialista en Alergología.

Página 1 de 1
Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas Armenia Tel
(606) 7329230

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS
MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 2021/10/1

FECHA DE EXPEDICIÓN **2021/10/1** FECHA DE VENCIMIENTO **2021/12/31**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) IT **FAJARDO RODRIGUEZ JOHN ELVER** identificado (a) con **CC** **79816397** Asignacion de Retiro

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A

FAJARDO ZULETA MIGUEL ANGEL identificado (a) con TI **1140926096** en calidad de HIJO (A)

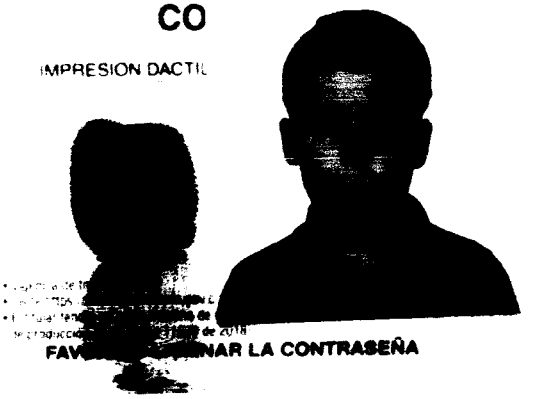
OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

SM-106 CAROLINA GOMEZ NIETO
Responsable Validación de Derechos (E)

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CO

IMPRESION DACTIL



FAV[illegible]NAR LA CONTRASEÑA

FECHA DE PREPARACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
24 JUN 2021	1.140.926.096

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN
4 PRIMERA VEZ TI

APELLIDOS
FAJARDO ZULETA

NOMBRES
MIGUEL ANGEL

LUGAR DE PREPARACIÓN
MONTENEGRO (QUINDIO)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.(CUNDINAMARCA)
12 MAY 2013 O+

53583570

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

111201170

Nombre	**FAJARDO ZULETA MIGUEL ANGEL**		
Identificación	TI 1140926096.	Tel.	
Edad	8 Años 6 Meses 0 Dias	Sexo M	
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	11-11-2021-01011486		

Fecha de recepción:	12-Nov-2021 5:26 am
Fecha de impresion:	18-Nov-2021 3:06 pm
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	12-Nov-2021 4:24:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
RAST TEST ALERGENOS: D. Pteronyssinus **Metodo: Quimioluminiscencia**	**MAYOR DE 100.0**	KU/L	

V. de Referencia:
Clase 0: Menor de 0.35 KU/L
Clase 1 Bajo: 0.35 a 0.69 KU/L
Clase 2 Moderado: 0.70 a 3.49 KU/L
Clase 3 Alto: 3.5 a 17.49 KU/L
Clase 4 Muy Alto: 17.5 a 49.0 KU/L
Clase 5 Muy Alto: 50 a 99 KU/L
Clase 6 Muy Alto: Mayor o igual a 100 KU/L

RAST TEST ALERGENOS Acaros Dermatophagoides Farinae **Metodo: Quimioluminiscencia**	**MAYOR DE 100.0**	KU/L	

V. de Referencia:
Clase 0: Menor de 0.35 KU/L
Clase 1 Bajo: 0.35 a 0.69 KU/L
Clase 2 Moderado: 0.70 a 3.49 KU/L
Clase 3 Alto: 3.5 a 17.49 KU/L
Clase 4 Muy Alto: 17.5 a 49.0 KU/L
Clase 5 Muy Alto: 50 a 99 KU/L
Clase 6 Muy Alto: Mayor o igual a 100 KU/L

RAST TEST ALERGENOS: Blomia tropicalis **Metodo: Quimioluminiscencia**	**7.99**	KU/L	

V. de Referencia:
Clase 0: Menor de 0.35 KU/L
Clase 1 Bajo: 0.35 a 0.69 KU/L
Clase 2 Moderado: 0.70 a 3.49 KU/L
Clase 3 Alto: 3.5 a 17.49 KU/L
Clase 4 Muy Alto: 17.5 a 49.0 KU/L
Clase 5 Muy Alto: 50 a 99 KU/L
Clase 6 Muy Alto: Mayor o igual a 100 KU/L

Alejandra B.
ALEJANDRA BASTIDAS LEYTON
CC 1087026457
BACTERIOLOGA

Alejandra B.
ALEJANDRA BASTIDAS LEYTON
CC 1087026457
BACTERIOLOGA

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205579

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	25017503	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ARGENIS ESPINOSA AGUDELO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	DIMERO D AUTOMATIZADO	1	27.187	27.187

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTISIETE MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**27.187**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**27.187**
TOTAL FACTURA	**27.187**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: b601ad99c9c519c099ce45ecc344fbab18822165d28a57b3776a3f6b6e3c618fe5abc39bd518b21e73cecb89ec53e31f --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:13:36 p. m.

 1012354.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1701542 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 11/11/2021 13:45:48

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	ARGENIS ESPINOSA AGUDELO	**Identificación Paciente**	25017503
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	QUIMBAYA
Dirección	CARRERA 9 5 07	**Teléfono**	3137563306
Fecha de Nacimiento	30/4/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE REQUIERE DE DIMERO D, SE DA VISTO BUENO POR AUDITORIA MEDICA.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MARYURI LOPEZ HERNANDEZ
Registro Médico	7442008
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Argenis Espinosa A

X 25.017503

X 3122220698

X

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2110114453

Fecha de Impresión
2021/10/25 9:11:25a. m.

Paciente : CC 25017503 ARGENIS ESPINOSA AGUDELO **No. Historia :** 25017503 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** COTIZANTE **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2021/10/25 8:58:02a. m. **Edad :** 60 A?os **Sexo :** Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

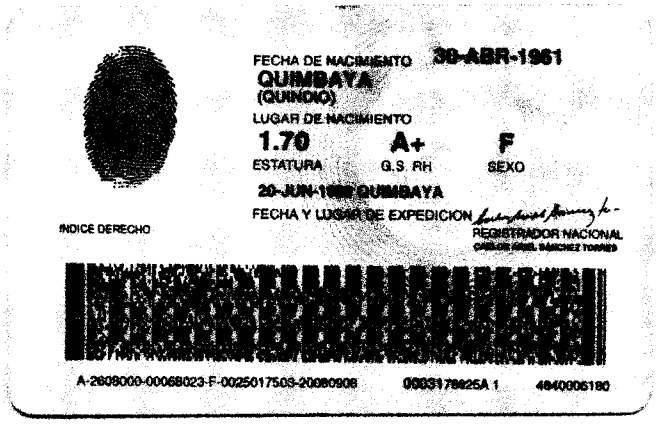
Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
902104B	**DIMERO D AUTOMATIZADO	1	NO	NORMAL

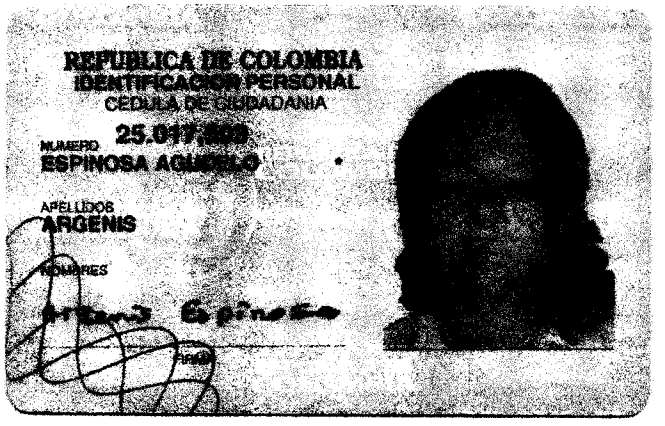
Datos Clínicos de Importancia

Diagnóstico: *E108* DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS

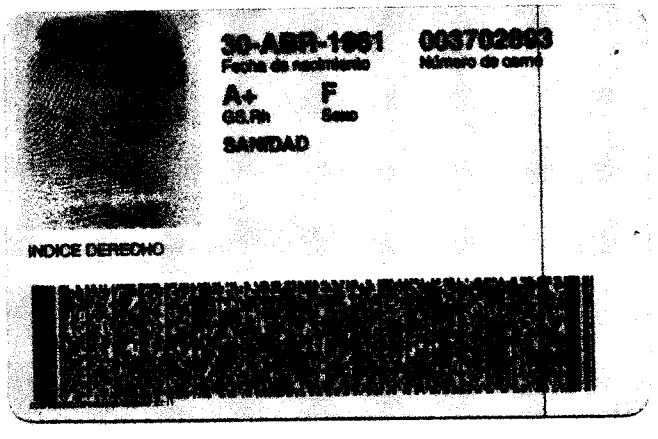
Nelson Andrés López Marín
Medicina Interna
Rethus 22/10/2009 C.C. 9729037



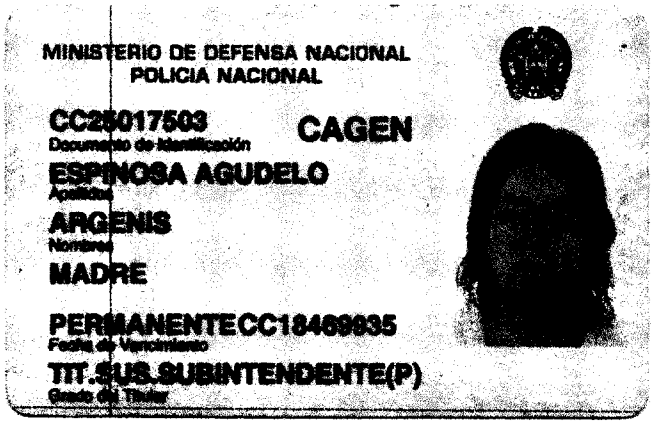
FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1961
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUN-1980 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2608000-00068023-F-0025017503-20080908 0003178825A 1 4840006180



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 25.017.503
ESPINOSA AGUDELO
APELLIDOS
ARGENIS
NOMBRES
FIRMA



30-ABR-1961
Fecha de nacimiento
0037028803
Número de cerro
A+
G.S.Rh
F
Sexo
SANIDAD
INDICE DERECHO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC25017503
Documento de Identificación
CAGEN
ESPINOSA AGUDELO
Apellidos
ARGENIS
Nombres
MADRE
PERMANENTECC18469835
Fecha de Vencimiento
TIT.SUB.SUBINTENDENTE(P)
Grado del Titular

Laboratorio Clínico

01012354

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-16 08:25:23
Solicitud	: 01012354	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:25.
Paciente	: ARGENIS ESPINOSA AGUDELO	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 25017503	**Fecha Nacimiento**	: 30/04/1961
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 60 / F
Direccion	: CALLE 7 # 1-07 B FELIPE MELENDES	**Telefono**	: 0 - 31222206978

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA 2			
DIMERO D	**1.65**	mg/L	Menor de 0.55
Método: Inmunoturbidimetria			

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISSQ087

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205580

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1192920338	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	GERALDINE DUQUE BASTIDAS	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	2	27.491	54.982

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**54.982**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**54.982**
TOTAL FACTURA	**54.982**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 199b22271557a3de6e29a279c49cafc611c46830d1429f9eaf2e704a765dcab2d20f5cb604917a7a418297b549f60597 –Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:14:03 p. m.

 1012383.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1700068 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 11/11/2021 11:02:29

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	GERALDINE DUQUE BASTIDAS	**Identificación Paciente**	1192920338
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ J NR 6 ETAPA 2	**Teléfono**	67406111
Fecha de Nacimiento	16/7/2001		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES Incluye: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE	2

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE GESTANTE QUE REQUIERE EXAMEN CULTIVO ANAL Y VAGINAL , SER AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR DE REFERENCIA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MIRYAN LUCIA BRAVO BERNAL
Registro Médico	24989677
Cargo	ENFERMERA JEFE
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Geraldine Duque

X 1.192.920.338

X 3127185103

X geralduque1601@gmail.com

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: **1192920338**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GERALDINE DUQUE BASTIDAS **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 20 Años \ 3 Meses \ 25 Días **Fecha_Nac** 16/07/2001 **Teléfono:** 3115030975

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **10/11/2021 11:42:44 a.m.**

Nº Ingreso: 2203157 **Fecha:** 10/11/2021 11:20:18 a.m. **Nº Folio:** **45**

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
CupsA32117	IpsP00018	P00018 - STREPTOCOCCUS CULTIVO GRUPO B		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Total Ítems: 1

Profesional: ZULUAGA CORTES OSCAR ELIAS

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 1690290

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.192.920.338**

DUQUE BASTIDAS

APELLIDOS

GERALDINE

NOMBRES

Geraldine Duque B

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

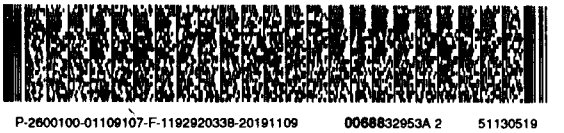
FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2001**

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUL-2019 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2600100-01109107-F-1192920338-20191109 0068832953A 2 51130519

Página 1 de 1
Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas Armenia Tel:
(606) 7329230

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 2021/10/1

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/10/1** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/12/31**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **IT** **DUQUE LONDOÑO JAIRO DE JESUS** identificado (a) con **CC** **18412768** Pensionado

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

DUQUE BASTIDAS GERALDINE identificado (a) con **CC** **1192920338** en calidad de HIJO (A)

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

NO VALIDO PARA TRAMITES LABORALES Y/O PRACTICAS REMUNERADAS, NO PROCEDE APORTES AL ADRES, APLICACIÓN DECRETO 780 DE 2016 ART. 2.1.13.5

SM-106 CAROLINA GOMEZ NIETO
Responsable validacion de Derechos (E)

Laboratorio Clínico

01012383

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-16 09:07:14
Solicitud	: 01012383	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:26.
Paciente	: GERALDINE DUQUE BASTIDAS	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1192920338	**Fecha Nacimiento**	: 16/07/2001
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 20 / F
Direccion	: MONTEBLANCO 2 ETAPA MZ J CASA 6	**Telefono**	: 0 - 3127185103

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	**VAGINAL**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
	NEGATIVO PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	
ANTIBIOGRAMA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	**RECTAL**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
	NEGATIVO PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205581

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	25020693	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	MARIA ALEIDA MEDINA MEDINA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	HAPTOGLOBINA	1	23.830	23.830

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**23.830**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**23.830**
TOTAL FACTURA	**23.830**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: a30f07ebd08d53b976614a01c93449df4366e8acaabfd1a7867d18ae22db3902470a6924a6beabc0c715ef5a12d20b82 –Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:14:31 p. m.

1012466

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1708052 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 12/11/2021 10:22:25

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	MARIA ALEIDA MEDINA MEDINA	**Identificación Paciente**	25020693
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ G N° 21	**Teléfono**	367489129
Fecha de Nacimiento	24/7/1969		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa
Observaciones	SS 903021 HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA D613 - ANEMIA APLASTICA IDIOPATICA Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CARLOS ALBERTO REYES RODRIGUEZ
Registro Médico	63-2745/98
Cargo	AUDITOR
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

x Maria Aleida Medina M
x 25020693
x 3148866486
x aleida medina007@gmail.com

ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.

NIT: 801000713-9

SOLICITUD LABORATORIOS EXTRAMURAL

Ingreso: 227797 **Fecha Historia:** 2/11/2021 11:23:40 a. m

Número de Folio: 11 **Ubicación:** CENTENARIO - CONSULTA ESPECIALIZADA CENTENARIO

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MEDINA MEDINA
Nombres: MARIA ALEIDA
Dirección: BARRIO LOS KIOSKOS MANZANA G CASA 21 - ARMENIA- ARMENIA
Teléfono: 0 - 3148866486
Entidad Responsable: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3
Seguridad Social: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Tipo Documento: CC **Numero:** 25020693
Edad: 52 Años 04 Meses 08 Dias (24/06/1969)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

LABORATORIOS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Fecha sugerida toma	Cantidad
903809	DESHIDROGENASA LACTICA.	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1
902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO.	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1
903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA. NO	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1
902216	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1
903016	FERRITINA	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1
903044	SATURACION DE TRANSFERRINA.	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO.	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS.	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1
903856	NITROGENO UREICO.	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA].	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1

Profesional: HENRY IDROBO QUINTERO
Especialidad: HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA CLINICA
Tarjeta Prof. # 14622194

903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA].	2/11/2021 11:14:00 a. m.	1
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA. BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	2/11/2021 11:15:00 a. m.	1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
D613	ANEMIA APLASTICA IDIOPATICA		☑
D508	OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO		☐



Profesional: HENRY IDROBO QUINTERO

Profesional: HENRY IDROBO QUINTERO
Especialidad: HEMATOLOGIA Y ONCOLOGIA CLINICA
Tarjeta Prof. # 14622194

Impreso el 02/11/2021 a las 11:50:49 Por el Usuario 1094881539 - ANA MARIA GARCIA TOBON
Indigo Vie Platform - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S. Nit: 801000713-9

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 25020693 **CASUR**
Documento de Identificación

MEDINA MEDINA
Apellidos

MARIA ALEIDA
Nombres

CONYUGE
Parentesco co...

PERMANENTE **CC1846514**
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del T...



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 25.020.693

MEDINA MEDINA
APELLIDOS

MARIA ALEIDA
NOMBRES

Ma Aleida Medina M.
FIRMA



24-JUL-1969
Fecha de nacimiento

303298586
Numero de carné

O +
GS Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1969**
PUEBLO RICO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-OCT-1987 GUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A 2600000 5810830 F 0025020693 20071218 01351 0735 2M 02 329188795

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

111805517

Nombre	**MEDINA MEDINA MARIA ALEIDA**		
Identificación	CC 25020693	Tel.	
Edad	52 Años 0 Meses 26 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	18-11-2021-01012406		

Fecha de recepción:	18-Nov-2021 1:25 pm
Fecha de impresion:	23-Nov-2021 12:03 pm
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	PEREIRA REFERENCIA
Fecha Validación	20-Nov-2021 7:47:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HAPTOGLOBINA **Metodo: Inmunoturbidimetria**	**27.77***	mg/dl	**30 a 200**

* Dato Confirmado

MARIA JOHANA GONZALEZ SOTO
CC 1.090'477.587
BACTERIÓLOGA

GUILLERMO DAVID SALCEDO
C.C. 1.143.343.774
BACTERIOLOGO POSANALITICO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205582

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	80800841	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JOSE ALBERTO PATIÑO PULGARIN	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	1	67.057	67.057

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

SESENTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**67.057**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**67.057**
TOTAL FACTURA	**67.057**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 010aea7f500e04f99435515e2ad3f9839406030ac33d997cf158f4dfa4600413c0eb3c5eca522c96ce982d89561ab8cc –Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:14:58 p. m.

1012836

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1691963 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 10/11/2021 12:03:39

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	JOSE ALBERTO PATIÑO PULGARIN	**Identificación Paciente**	80800841
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	QUIMBAYA
Dirección	KR 10 10 12-16	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	25/10/1984		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones 902039 RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V) R688 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CARLOS ALBERTO REYES RODRIGUEZ
Registro Médico	63-2745/98
Cargo	AUDITOR
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Jose Alberto Patiño Pulgarin

X cc 80800841

X Tel 3045474992

X Jose25-albert025@hotmail.com

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

Fecha Actual : miércoles, 25 agosto 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: 80800841

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE ALBERTO PATIÑO PULGARIN **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 36 Años \ 10 Meses \ 0 Dias **Fecha_Nac** 25/10/1984 **Teléfono:** 3045474992

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 25/08/2021 09:54:36 a.m.

Nº Ingreso: 2179480 **Fecha:** 25/08/2021 08:38:13 a.m. **Nº Folio:** 6

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups902204	Ips19977	19977 - VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG		1	Rutinario

Observaciones: .

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups906913	Ips19806	19806 - PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION		1	Rutinario

Observaciones: .

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups902210	Ips19304	19304 - CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		1	Rutinario

Observaciones: .

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904904	Ips19911	19911 - TIROIDEA ESTIMULANTE TSH		1	Rutinario

Observaciones: .

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups902039	IpsP00010	P00010 - RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA [FACTOR LEIDEN] POR PCR		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Total Ítems: 5

Profesional: MOLINA BARRERA ALEJANDRO
ESPECIALIDAD: FISIATRIA
R.M. 98772252

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.800.841

PATIÑO PULGARIN

APELLIDOS

JOSE ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1984

APIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

29-OCT-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100150-00716344-M-0080800841-20150619 0044529856A 1 2673451590

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 30800841
Documento de identificación

PATIÑO PULGARIN
Apellidos

JOSE ALBERTO
Nombres

25-OCT-2025
Fecha de vencimiento

PATULLERO
Grado del titular





25-OCT-1984
Fecha de nacimiento

094189924
Numero de carné

O +
GS Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205583

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	7537790	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JESUS DARIO LOPEZ RUIZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	1	48.467	48.467

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**48.467**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**48.467**
TOTAL FACTURA	**48.467**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: c62fe82fa10f8b3e93d4eac2afd5c82381a42fb8cf861e08782022df4724a8b3cf9f599515bfe5224f154a0ac2708dc1 –Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:15:25 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1749933 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 19/11/2021 14:59:32

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	JESUS DARIO LOPEZ RUIZ	**Identificación Paciente**	7537790
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 23 N 19-38	**Teléfono**	7403139
Fecha de Nacimiento	19/3/1962		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones 903042 PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS] N484 - IMPOTENCIA DE ORIGEN ORGANICO

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CARLOS ALBERTO REYES RODRIGUEZ
Registro Médico	63-2745/98
Cargo	AUDITOR
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X JESUS DARIO LOPEZ RUIZ

X CC. 7537790

X cel. 3105899992

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : lunes, 25 octubre 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

Cama

16/2-11

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 7537790

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JESUS DARIO LOPEZ RUIZ **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 59 Años \ 7 Meses \ 6 Dias **Fecha_Nac** 19/03/1962 **Teléfono:** 3105899992

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 25/10/2021 12:06:28 p.m.

Nº Ingreso: 2198247 **Fecha:** 25/10/2021 11:20:40 a.m. **Nº Folio:** 1

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906012	Ips19907	19907 - TESTOSTERONA TOTAL	1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups903042	Ips19817	19817 - PROTEINAS TRANSPORTADORA DE TESTOSTERONA PTHS	10.	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups904109	Ips19802	19802 - PROLACTINA	1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups904904	Ips19911	19911 - TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups903427	Ips19522	19522 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906612	Ips19140	19140 - ANTIGENO ESPECIFICO PARA CANCER DE PROSTATA	1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

N484 IMPOTENCIA DE ORIGEN ORGANICO

Total Items: 6

CC = 7537790
FN = 19/03/62
Cel = 3105899992.

Profesional: RAMIREZ CASASFRANCO DAVID

ESPECIALIDAD: UROLOGIA

R.M. 94451946

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS] NIT [800000118-2]

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC7537790
Documento de Identificación

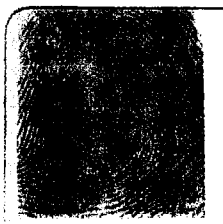
CASUR

LOPEZ RUIZ
Apellidos

JESUS DARIO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

AGENTE(R)
Grado del Titular



19-MAR-1962
Fecha de nacimiento

001572653
Número de carné

A+
GS.Rh

M
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.537.790

LOPEZ RUIZ
APELLIDOS

JESUS DARIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1962

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-ABR-1980 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3102200-00081081-M-0007537790-20080927 0003795074A 1 3090005756

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

112100734

Nombre	LOPEZ RUIZ JESUS DARIO		
Identificación	CC 7537790	Tel.	
Edad	59 Años 8 Meses 2 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	20-11-2021-01013409		

Fecha de recepción:	21-Nov-2021 4:14 am
Fecha de impresion:	23-Nov-2021 12:06 pm
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	22-Nov-2021 1:46:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLOBULINA TRANSPORTADORA DE LA H. SEXUAL HUMANA (SHBG)	**31.68**	nmol/l	

Metodo: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:

Niños:
0 a 10 años: 34.64 a 162.29 nmol/l
10 a 11 años: 17.66 a 114.73 nmol/l
11 a 12 años: 15.24 a 116.39 nmol/l
12 a 13 años: 14.67 a 109.13 nmol/l
13 a 14 años: 13.07 a 80.64 nmol/l
14 a 15 años: 11.84 a 40.47 nmol/l
15 a 21 años: 11.08 a 49.80 nmol/l

Niñas:
0 a 10 años: 29.07 a 158.46 nmol/l
10 a 15 años: 15.62 a 101.74 nmol/l
15 a 21 años: 19.36 a 161.78 nmol/l

Hombres:
21 a 50 años: 11.54 a 54.49 nmol/l
Mayores de 50 años: 17.33 a 71.50 nmol/l

Mujeres:
21 a 50 años: 17.69 a 138.26 nmol/l
Mayores de 50 años: 23.65 a 110.61 nmol/l

ELSY YANNETH OSPINA BELTRÁN
C.C.
DIRECTORA DE LABORATORIO

ELSY YANNETH OSPINA BELTRÁN
C.C.
DIRECTORA DE LABORATORIO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205584

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	18507635	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	GERMAN GOMEZ CARDONA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	VITAMINA B1 (TIAMINA)	1	61.990	61.990

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**61.990**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**61.990**
TOTAL FACTURA	**61.990**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 78891ad8367fdce126fe221a76945c7167351b5fa90d1a6ff0075e6d804d09a9d1e2eca31126317117e299e8ee09ccce --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:15:56 p. m.

1011471

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1679609 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 9/11/2021 07:44:47

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	GERMAN GOMEZ CARDONA	**Identificación Paciente**	18507635
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	EDIFICIO LOS CIRUELOS APT NRO 3	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	9/1/1969		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones 903702 VITAMINA B1 [TIAMINA] D64 - OTRAS ANEMIAS
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CARLOS ALBERTO REYES RODRIGUEZ
Registro Médico	63-2745/98
Cargo	AUDITOR
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Germán Gomez Cardona

18507635

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2109004355

Fecha de Impresión
2021/09/1 3:22:52p. m.

Paciente : CC 18507635 GERMAN GOMEZ CARDONA **No. Historia :** 18507635 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** COTIZANTE **Categoría :** C

Fecha de Evolución : 2021/09/1 2:50:21p. m. **Edad :** 52 A?os **Sexo :** Masculino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

18/9/11

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
903016	FERRITINA +	1	NO	NORMAL
903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO +	1	NO	NORMAL
903702B	**VITAMINA B1 [TIAMINA] NO	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

TOMARLO EN NOVIEMBRE.

Diagnóstico: *K625* HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO

ORDENADO POR

------ CA?AS HERNANDEZ ANA CRISTINA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC18507635 **CASUR**
Documento de Identificación

GOMEZ CARDONA
Apellidos

GERMAN
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

COMISARIO (R)
Grado del Titular



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.507.635**

GOMEZ CARDONA
APELLIDOS

GERMAN
NOMBRES

FIRMA



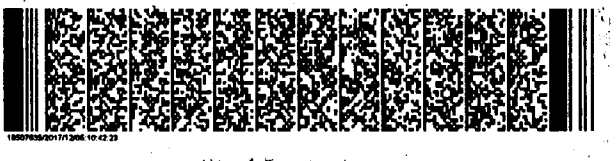


INDICE DERECHO

09-ENE-1969 **001646330**
Fecha de nacimiento Numero de carné

O + **M**
GS.Rh Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECH





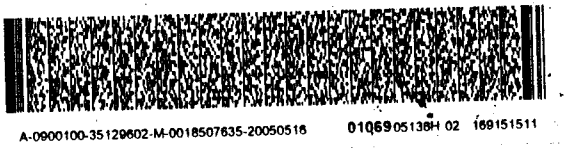
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ENE-1969**
SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAR-1987 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REMOLO LOPEZ



A-0900100-35129602-M-0018507635-20050516 01069 05138H 02 169151511

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

111301220

Nombre	**GOMEZ CARDONA GERMAN**		
Identificación	CC 18507635	Tel.	1
Edad	52 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	12-11-2021-01011471		

Fecha de recepción:	13-Nov-2021 3:50 am
Fecha de impresion:	23-Nov-2021 9:25 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	20-Nov-2021 4:45:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VITAMINA B1 (Tiamina) **Metodo: Cromatografía Líquida de Alta Resolución/HPLC**	**MAYOR DE 100**	nmol/L	**8 a 30**

HELLEM GERALDING PEREZ BUSTOS
CC. 1.014.293.668
QUIMICA

CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205585

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	41940853	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	DIANA TERESA MARIN	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	FACTOR VON WILLEBRAND	1	53.183	53.183

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**53.183**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**53.183**
TOTAL FACTURA	**53.183**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: f76f971611dc74e8245d6fa77c21d042333bd336b7b7e90b8bac95a811f2308be945e3c34b8f7f616e2b2bfc318cf221 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:16:23 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1699030 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 11/11/2021 10:00:57

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	DIANA TERESA MARIN	**Identificación Paciente**	41940853
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. B NO. 3	**Teléfono**	67485938
Fecha de Nacimiento	27/11/1977		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE QUIEN REQUIERE EXAMEN DE LABORATORIO. SE AUTORIZA SERVICIO SUJETO A AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DEL MEDICO AUDITOR.
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LEIDY JOHANNA ARIAS OSMA
Registro Médico	1094918990
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2111052624

Fecha de Impresión
2021/11/10 04:56:34p.m.

Paciente : CC 41940853 DIANA TERESA MARIN - **No. Historia :** 41940853 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :** A

Fecha de Evolución : 2021/11/10 04:47:13p.m. **Edad :** 43 A?os **Sexo :** Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

36
11-1

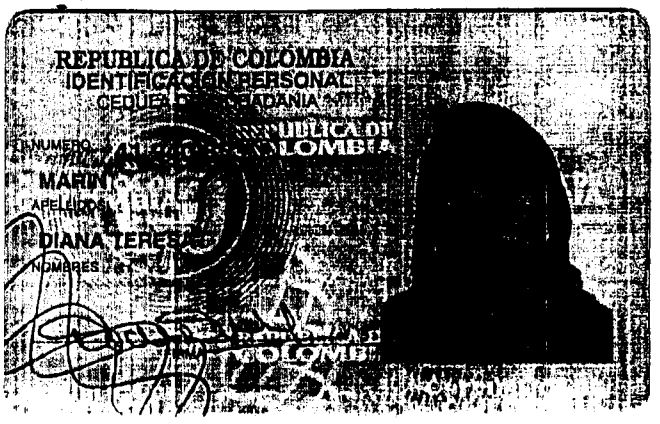
Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
902019	FACTOR VON WILLEBRAND	1	NO	NORMAL
902045B	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	NO	NORMAL
902049B	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1	NO	NORMAL
902210B	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	NO	NORMAL
903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	NO	NORMAL
906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *+	1	NO	NORMAL
907106B	**UROANALISIS	1	NO	NORMAL
911016B	**HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	1	NO	NORMAL

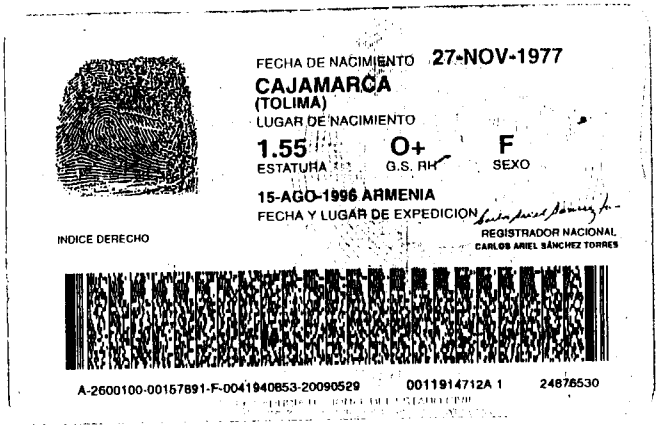
ORDENADO POR

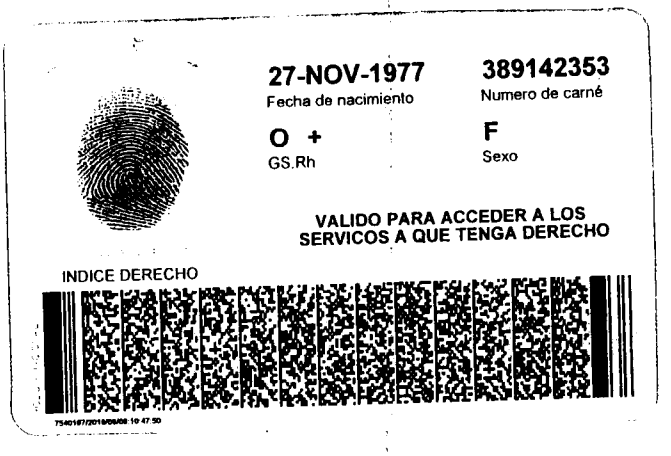
-------- SEPULVEDA MORENO PAULA ELIZABETH **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
MARIN
DIANA TERESA


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC 41940853
Documento de Identificación
CASUR
MARIN
Apellidos
DIANA TERESA
Nombres
COMPAÑERO(A)
Parentesco con Titular
PERMANENTE
Fecha de Vencimiento
CC 7540167
Titular
SUBOFICIAL (R)
Y Categoría del Titular


FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1977
CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-AGO-1996 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2600100-00157891-F-0041940853-20090529 0011914712A 1 24878530


27-NOV-1977
Fecha de nacimiento
389142353
Numero de carné
O +
GS.Rh
F
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01011691

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-11 10:49:04
Solicitud	: 01011691	**Fecha Impresión**	: 2021-11-22 08:13:25.
Paciente	: DIANA TERESA MARIN	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 41940853	**Fecha Nacimiento**	: 27/11/1977
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 43 / F
Direccion	: VILLA HERMOSA MZ B CASA 3	**Telefono**	: 7485938 - 3103554703

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA 2			
ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	**165.91**	%	50 - 160
Método: ELFA			

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISSQ087

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205586

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764016227435 que habilita desde AXM 204053 hasta AXM 300000. Vence 2022-08-11

No Responsable de IVA No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes
Actividad Económica ICA 207 6.00 X 1000

CLIENTE	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	800140986 9	22/11/2021	31/12/2021
Cédula Paciente:	1004918194	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	LAURA MARCELA RIVERA VILLA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV CENTENARIO CL 2 NORTE	Armenia	7383980

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	57.879	57.879
2	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (TEMPRANOS M)	1	39.398	39.398

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**97.277**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**97.277**
TOTAL FACTURA	**97.277**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 22/11/2021 08:41:11

Cuenta Corriente Banco de Bogota No 138495049 - Cuenta Corriente Davivienda No 138069999793 Envio Soportes de pago a contratacion@laboratorioclinicomlh.com

CL 17 NORTE 14 39 ARMENIA - QUINDIO Teléfono Tel : (6)7468080 Cel: 3158502131

Correo Electrónico Ventas administrativa@laboratorioclinicomlh.com

Correo Electronico compras y proveedores: compras@laboratorioclinicomlh.com

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: 957ce1870afb2c209f751453dd38ca7afdb6656740377a7394e6238bcc1ff4dc99627956188dcb76222bee2edb519968 --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:16:52 p. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1651127 **Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)** 4/11/2021 10:15:33

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	LAURA MARCELA RIVERA VILLA	**Identificación Paciente**	1004918194
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	TORRE 2 PTO. 304	**Teléfono**	67365685
Fecha de Nacimiento	9/11/2001		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1
906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE QUE REQUIERE TOMA DE LABORATORIO EPSTEIN-BARR// R590 ADENOMEGALIA LOCALIZADA// SE AUTORIZA BAJO AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MARYURI LOPEZ HERNANDEZ
Registro Médico	1097397212
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Laura Marcela Rivera villa

X 1004918194

X 3113383066

X lauramarcelariveravilla9@gmail.com

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1657973 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 5/11/2021 07:23:54

Información del Prestador

Nombre	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	**Identificación Prestador**	900319795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 17 NORTE # 14 - 39	**Teléfono**	967498080

Información del Paciente

Nombre	LAURA MARCELA RIVERA VILLA	**Identificación Paciente**	1004918194
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	TORRE 2 PTO. 304	**Teléfono**	67365685
Fecha de Nacimiento	9/11/2001		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20200-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	MARYURI LOPEZ HERNANDEZ
Registro Médico	1097397212
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

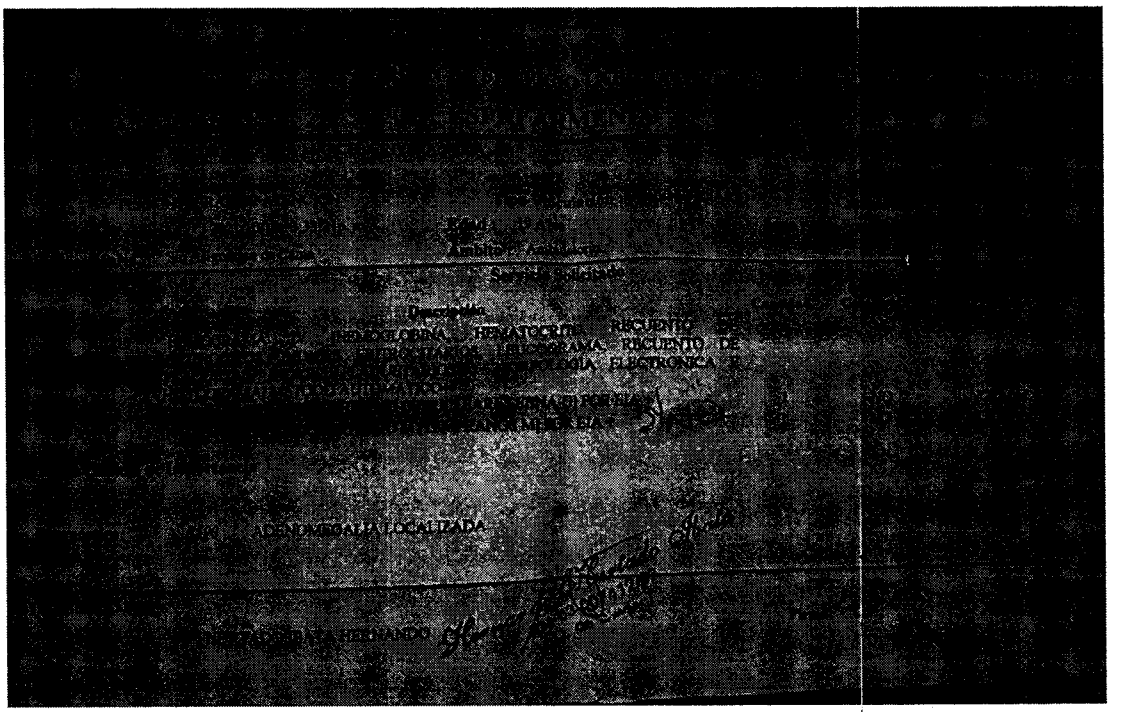
IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Laura Marcela Rivera villa

1004918141

3113383066

lauramarcelariveravilla 9@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.918.194
RIVERA VILLA
APELLIDOS
LAURA MARCELA
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-2001
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-DIC-2019 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2600100-01118336-F-1004918194-20191210 0069216663A 1 8500108267

Código : 2AR-FR-0011
Fecha: 21-11-2019
Versión: 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL

POLICÍA NACIONAL

Citas Medicas Armenia Tel:
(036) 7329230

VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS

ARMENIA 2021/08/27

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/08/27** FECHA DE VENCIMIENTO: **2022/02/28**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR QUE:

EL SEÑOR (A) **AG** RIVERA GILON **JULIO ERBEY** identificado (a) con **CC** **12174526** Asignación de Retiro

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

RIVERA VILLA LAURA MARCELA identificado (a) con **CC** **1004918194** en calidad de HIJO (A)

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

NO VALIDO PARA TRAMITES LABORALES Y/O PRACTICAS REMUNERADAS, NO PROCEDE APORTES AL ADRES, APLICACIÓN DECRETO 780 DE 2016 ART. 2.1.13.5

PT JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable validacion de Derechos

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

110802573

Nombre	**RIVERA VILLA LAURA MARCELA**		
Identificación	CC 1004918194	Tel.	1
Edad	20 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	06-11-2021-01010355		

Fecha de recepción:	08-Nov-2021 12:03 pm
Fecha de impresion:	16-Nov-2021 1:36 pm
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	12-Nov-2021 1:23:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
EPSTEIN BARR ANTIGENO NUCLEAR: Ac. IgG (EBNA-IgG) **Metodo: Inmunoensayo Enzimático - EIA**	**28.2**		V. de Referencia: Negativo: Menor de 9 Indeterminado: de 9 a 11 Positivo: Mayor de 11
EPSTEIN BARR: ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgM **Metodo: Inmunoensayo Enzimático - EIA**	**0.1**		V. de Referencia: Negativo: Menor de 1.0 Indeterminado: De 1.0 a 1.2 Positivo: Mayor de 1.2

ANDREA CAROLINA PULIDO
CC. 53.026.069
BACTERIOLOGA

ANDREA CAROLINA PULIDO
CC. 53.026.069
BACTERIOLOGA

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
C.C 88.272.036
BACTERIOLOGO