LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205629

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	39574114	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	CLEMENTINA BERNATE CORTES	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**27.491**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**27.491**
TOTAL FACTURA	**27.491**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 339cac056d43efbef7801e8a7094e2ca62b012ad04ea69a0abbf719d0e20ba470403dc406fc64354c5678b643693ac7e --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 10:15:14 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1413624 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 27/9/2021 17:16:32

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	CLEMENTINA BERNATE CORTES	**Identificación Paciente**	39574114
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. MANANTIALES MZ. T CASA 1	**Teléfono**	3112131336
Fecha de Nacimiento	12/7/1975		

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	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES INCLUYE: IDENTIFICACION GENERO O ESPECIE FARINGE

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 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

clementina Bernate 39574114

Celular 321 42 00526

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

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 39574114

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CLEMENTINA BERNATE CORTES — 39574114 — **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 12/julio/1975 **Edad a la fecha del folio:** 46 Años \ 0 Meses \ 30 Días — **Estado Civil:** UnionLibre
MZ T CASA 1- 2 ETAPA B.MANANTIALES, 3214200526 PTE — 3214200526 PTE
ARMENIA
Procedencia: **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21 — Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21 — REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO — **FOLIO Nº 11** — **10/08/2021 16:03:00**
Responsable: — **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: — **Nº Ingreso:** 2175597 **Fecha:** 10/08/2021 15:36:00
Finalidad Consulta: No_Aplica — **Causa Externa:** Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA

OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA: 1 VEZ **Escala del Dolor** 0

MOTIVO DE CONSULTA :

malestar de gripa en la garganta, espetoracion purulenta, tiene una nasolaringoscopia sin hallazgos relevantes, un tac de spn donde se aprecia un engrosamiento mucoperiostico del seno maxilar derecho sin obstruccion en el complejo osteomeatal, frotis de garganta informa bacilos gram negativos 2 cruces y cocos gram positivo 2 cruces refiere que ha recibido multiples antibioticos pero no siente mejoria

ENFERMEDAD ACTUAL:

descrito

EXAMEN FISICO:

ansiosa boca yorofaringe: mucosa sin exudadosnariz se ve permeable sin rinorrea

REPORTE E INTERPRETACION DE APOYOS DIAGNOSTICOS:

CONDUCTA TERAPEUTICA Y RECOMENDACIONES:

cultivo de faringe con antibiograma, cuadro hematico vsg proteina c reactiva

INDICACIONES MEDICAS

Salida

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	no

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	J392	J392 - OTRAS ENFERMEDADES DE LA FARINGE

EXAMENES

CANTIDAD	NOMBRE
1	19316 - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA PARA MICROORGANISMOS
1	19304 - CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA
1	19806 - PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION
1	19977 - VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG
1	39143-382 - CONSULTA AMBULATORIA DE MEDIDICNA ESPECIALIZADA (CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA)

Profesional: BERRIO MUÑOZ JAIRO IVAN
Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
R.M: 928993


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.574.114
BERNATE CORTES
APELLIDOS
CLEMENTINA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC39574114
CAGEN
BERNATE CORTES
CLEMENTINA
COMPAÑERO(A)
PERMANENTE
CC17060083
Titular
NO UNIFORMADO (P)


FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1975
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
15-ENE-1996 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


12-JUL-1975
Fecha de nacimiento
388844813
Numero de carné
O +
GS.Rh
F
Sexo
SANIDAD
INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01003878

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-09-30 08:17:12
Solicitud	: 01003878	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:21.
Paciente	: CLEMENTINA BERNATE CORTES	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 39574114	**Fecha Nacimiento**	: 12/07/1975
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 46 / F
Direccion	: MZ T CAS 1 B MANANTIALES 2 ETAPA	**Telefono**	: 3214200526 -

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	FARINGE	
Tiempo de Incubación:	72 Horas	
Resultado:	FLORA BACTERIANA MIXTA NORMAL DE VIAS AEREAS SUPERIORES SIN PRI	
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. 205630

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	31923694	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ELOISA DIAZ QUINAYAS	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**27.491**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**27.491**
TOTAL FACTURA	**27.491**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 7f7cc1c0455cfec8b82be4e730e2496b640986207e702a8a697165c2f8e0056c552e076fb3ef425d74e4c0c12ac7cbc9 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:03:28 a. m.

1003953 MLC

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1432707 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 30/9/2021 10:08:06

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	ELOISA DIAZ QUINAYAS	**Identificación Paciente**	31923694
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. BOSQUES DE PINARES MZ. 9 CASA 93	**Teléfono**	7483662/
Fecha de Nacimiento	2/12/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	1
901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones PACIENTE CON POP DE CALCULO RENAL INFECCIOSO, SEGUN MEDICO TRATANTE, REQUIERE CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECION DE MUESTRA DEL RIÑON IZQUIERDO , 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.

Eloisa Diaz
31923694

VIGILADO Supersalud

Calculaser S.A.
816002451-8

CALCULASER

Dirección.
Cra 19 # 12-50 Local F Megacentro Pinares -Sede Pereira
Teléfonos.
PBX PEREIRA 3116510 ARMENIA 3110599

Cédula de Ciudadanía: 31923694 **Nombre Completo**: ELOISA DIAZ QUINAYAS

Género: Femenino **Fecha de Nacimiento**: 1961-12-02 **Edad**: 59a 9m 27d

Dirección: BOSQUES DE PINARES MZ 9 CS 93 **Ciudad**: Armenia - QUINDIO **Teléfono(s)**: 3113185503

Aseguradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 **Plan**: Beneficiario **Cuidador**: SANDRA JANETH QUIROGA

Fecha atención: 2021-09-29

Diagnóstico: N200 - CALCULO DEL RIÑON

Laboratorio

Descripción	Cantidad	Justificación
901002 - ANTIBIOGRAMA (MIC) MÉTODO AUTOMÁTICO	1	MUESTRA DE SECRECION DE RIÑON IZQUIERDO
901209 - CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES: BILIS, L.C.R, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA.	1	MUESTRA DE SECRECION DEL RIÑON IZQUIERDO

Dr. Nestor Ricardo Botia Silva
Médico Especialista
3532-83
CC. 19260343
Firma Digitalizada


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 31.923.694
DIAZ QUINAYAS
APELLIDOS
ELOISA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1961

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-MAR-1983 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-2600100-00261466-F-0031923694-20101027 0024

Laboratorio Clínico

01003953

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-09-30 11:04:01
Solicitud	: 01003953	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:22.
Paciente	: ELOISA DIAZ QUINAYAS	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 31923694	**Fecha Nacimiento**	: 02/12/1961
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 59 / F
Direccion	: BOSQUES DE PINARES MZ 9 CASA 93	**Telefono**	: 3113185503 - 0

MICROBIOLOGIA

CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Muestra:	**MUESTRA SECRECION DE RIÑON IZQUIERDO**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
Resultado:	**> 100.000 UFC x mL**	
Germen Aislado	**Klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae**	

ANTIBIOGRAMA

BLEE	+	Pos
Ampicilina	RESISTENTE	>=32
Ampicilina/Sulbactam	RESISTENTE	>=32
Cefalotina	RESISTENTE	>=64
Cefuroxima	RESISTENTE	>=64
Cefuroxima Axetil	RESISTENTE	>=64
Cefotaxima	RESISTENTE	32
Ceftazidima	RESISTENTE	16
Ceftriaxona	RESISTENTE	>=64
Cefepima	RESISTENTE	2
Ertapenem	SENSIBLE	<=0,5
Meropenem	SENSIBLE	<=0,25
Amicacina	SENSIBLE	<=2
Gentamicina	RESISTENTE	>=16
Ciprofloxacino	RESISTENTE	1
Norfloxacino	SENSIBLE	2
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. 205631

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	37232818	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ELCIDA VERA PEÑA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	1	51.189	51.189
2	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	110.103	110.103

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

CIENTO SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**161.292**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**161.292**
TOTAL FACTURA	**161.292**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: f64a87ac7ca489e68b68fae9aaa81d463f3b51e1f16c8a367826f39b201fd3d616883ff3fb81ee230e39721ae9c75759 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:03:55 a. m.

1004371

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1415995 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/9/2021 09:11:28

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	ELCIDA VERA DE PEÑA	**Identificación Paciente**	37232818
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	BLOQUE 3 APARTE 404 URBANISACION EL CORTIJO	**Teléfono**	3127441336
Fecha de Nacimiento	9/12/1951		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones SS ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA D863 - SARCOIDOSIS DE LA PIEL
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 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

✓ ELCIDA VERA DE PEÑA .
✓ cc. 37.232.818 cúcuta
✓ 3127441336

Correo : alejotap012@gmail.com

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1415978 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/9/2021 09:09:56

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	ELCIDA VERA DE PEÑA	**Identificación Paciente**	37232818
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	BLOQUE 3 APARTE 404 URBANISACION EL CORTIJO	**Teléfono**	3127441336
Fecha de Nacimiento	9/12/1951		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906447	PM/SCL ANTICUERPOS 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 SS PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO D863 - SARCOIDOSIS DE LA PIEL
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 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

x ELCIDA VERA DE PEÑA
x cc. 37.232.818 cúcuta
x 3127441336

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: 37232818

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ELCIDA VERA DE PEÑA **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 69 Años \ 6 Meses \ 30 Días **Fecha_Nac** 09/12/1951 **Teléfono:** 7328087-3215599614

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 08/07/2021 10:58:20 a.m.

Nº Ingreso: 2166581 **Fecha:** 08/07/2021 10:04:06 a.m. **Nº Folio:** 11

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups906447	Ips19110	19110 - ANTICUERPOS ANTISCL 70		1	Rutinario

Observaciones: 2 ORDEN

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

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups906249	Ips19878	19878 - SIDA ANTICUERPOS VIH 1.		1	Rutinario

Observaciones: SARCOIDOSI EN PIEL

DIAGNÓSTICO

D863 SARCOIDOSIS DE LA PIEL

Total Ítems: 3

Profesional: SOTO BETANCOURTH RUBIEL DARIO

ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA

R.M. 649894

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
Nit:800000118
Direccion: Avda. Bolivar Calle 17-Norte TEL: 7493500
Contacto@hospitalquindio.gov.co

Fecha Actual : jueves, 08 julio 2021

FÓRMULA MEDICA MANEJO EXTERNO

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 37232818 **Nº Folio:** 11 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	ELCIDA VERA DE PEÑA	**Identificación:**	37232818 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	09/diciembre/195 1 **Edad Actual:** 69 Años \ 6 Meses \ 30 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	BL 3 APT 404	**Teléfono:**	7328087-3215599614
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2166581 **Fecha:** 08/07/2021 10:04:06 a.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Otra
Suministros Paciente:		**Cama:**	

Fecha Solicitud 08/07/2021 10:58:20 a.m. **ALMACEN:** 002 FARMACIA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: SS NIVELES SERICOS ENZIMA CONVERTIDORA ANGIOTENSINA

2 ORDEN

Indicación: SS TEST DE CAMINATA 6 MINUTOS

IDX: EPOC
SARCOIDOIS EN PIEL

Total Ítems: 2

Vigencia: 30 Dias a partir de la fecha de Prescipcion 08/07/2021 10:58:20 a.m.

Profesional: SOTO BETANCOURTH RUBIEL DARIO
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA
R.M. 649894

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

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

INDICACIÓN MEDICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica:	37232818	**Nº Folio:**	11	**Cama:**	
DATOS PERSONALES					
Nombre Paciente:	ELCIDA VERA DE PEÑA	**Identificacion:**	37232818	**Sexo:**	Femenino
Fecha Nacimiento:	09/diciembre/1951 **Edad Actual:** 69 Años \ 6 Meses \ 30 Días	**Estado Civil:**	Soltero		
Dirección:	BL 3 APT 404	**Teléfono:**	7328087-3215599614		
Procedencia:	ARMENIA	**Ocupación:**			
DATOS DE AFILIACIÓN					
Entidad:	POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3	**Régimen:**	Regimen_Simplificado		
Plan Beneficios:	POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21	**Nivel - Estrato:**	REGIMEN ESPECIAL		
DATOS DEL INGRESO					
Responsable:		**Teléfono Resp:**			
Dirección Resp:		**Nº Ingreso:**	2166581	**Fecha:**	08/07/2021 10:04:06 a.m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Otra		

Fecha de Indicacion: 08/07/2021 10:58:20 a.m.

INDICACIÓN MEDICA

Salida_Consulta_Externa

CITA CON REPORTES X MEDICIAN INTERNA

DIAGNOSTICOS

D863 - SARCOIDOSIS DE LA PIEL

Medico: SOTO BETANCOURTH RUBIEL DARIO
Especialidad: MEDICINA INTERNA
R.M: 649894

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



09-DIC-1951
Fecha de nacimiento

303368811
Número de carné

O+
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD SOCIAL

INDICE DERECHO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC37232818
Documento de Identificación

CASUR

VERA DE PEÑA
Apellidos

ELCIDA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

CC13241347
Titular

AGENTE(R)
Grado del Titular





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1951

PAMPLONA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

21-AGO-1973 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00155531-F-0037232818-20090504 0011191223A 1 4180100892

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

100301214

Nombre	VERA PEÑA ELCIDA			Fecha de recepción:	03-Oct-2021 4:38 am
Identificación	CC 37232818	Tel.	3127441336	Fecha de impresion:	06-Oct-2021 8:40 am
Edad	69 Años 9 Meses 24 Dias	Sexo	F	Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Médico	MEDICOS VARIOS			Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	02-10-2021-01004371			Fecha Validación	05-Oct-2021 2:13:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
ANTICUERPOS ANTI PM SCL (PM-1) **Metodo: Inmunofluorescencia Indirecta-IFI**	**NO REACTIVOS**		
V. de Referencia: Título significativo: Mayor o igual a 1/80			
ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA SUERO (ECA) **Metodo: Espectrofotometría Cinética**	**65.1**	U/L	
V. de Referencia: 6 meses a 17 años: 13 - 100 U/L Adultos: 9 - 67 U/L			

HEIDY MARCELA MUÑOZ CASTRO
CC 1.020.785.998
BACTERIOLOGO

SANDRA MARCELA GARCES SUAREZ
C.C. 51969269
BACTERIOLOGA

PATRICIA MILENA ATIS BENAVIDES
CC 37'121.181
BACTERIÓLOGA

PATRICIA MILENA ATIS BENAVIDES
CC 37'121.181
BACTERIÓLOGA

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205632

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	98630845	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	RICHARD GIRALDO HERRERA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	LIPASA	1	9.923	9.923
2	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	1	9.456	9.456

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**19.379**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**19.379**
TOTAL FACTURA	**19.379**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 976b92f1863b4c8641f91d5ec3fd5be9869919cd38366635407551368 4a84f6cc35ea65576050c64ead715f2839e809f --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:04:21 a. m.

1004880

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1454639 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/10/2021 15:07:58

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	RICHARD GIRALDO HERRERA	**Identificación Paciente**	98630845
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ 9 CS 3 B/ LA MILAGROSA	**Teléfono**	67315210
Fecha de Nacimiento	20/2/1977		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903847	LIPASA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones LIPASA K591 - DIARREA FUNCIONAL
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
x 98630845
x 3215492440
x ricgirher@gmail.com.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1454627 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/10/2021 15:05:58

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	RICHARD GIRALDO HERRERA	**Identificación Paciente**	98630845
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ 9 CS 3 B/ LA MILAGROSA	**Teléfono**	67315210
Fecha de Nacimiento	20/2/1977		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] K591 - DIARREA FUNCIONAL
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.

98.630.845

UNION DE CIRUJANOS SAS

NIT: 900377863-2
CALLE 1 A NORTE #12 - 36 EDIFICIO UNINORTE
- Tel: TEL: 7314913
ARMENIA

UNIÓN DE CIRUJANOS S.

ORDENAMIENT(
SOLICITUD SERVICI(

PACIENTE: CC 98630845 - RICHARD GIRALDO GIRALDO
GENERO: MASCULINO **FECHA NACIMIENTO:** 20-02-1977

Fecha y Hora de Atención: 2021-08-25 - CAS:658235
Entidad: REG. DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 PONAL SEDE ARMENIA
Diagnosticos: K591 - - -

902210 - HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	# (1)
904902 - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	# (1)
903847 - LIPASA	# (1)
903856 - NITROGENO UREICO [BUN] *	# (1)
906913 - PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	# (1)
904921 - TIROXINA LIBRE [T4L]	# (1)

17/9/21

UNION DE CIRUJANOS SAS

NIT: 900377863-2
CALLE 1 A NORTE #12 - 36 EDIFICIO UNINORTE
- Tel: TEL: 7314913
ARMENIA

UNIÓN DE CIRUJANOS S.A.S.

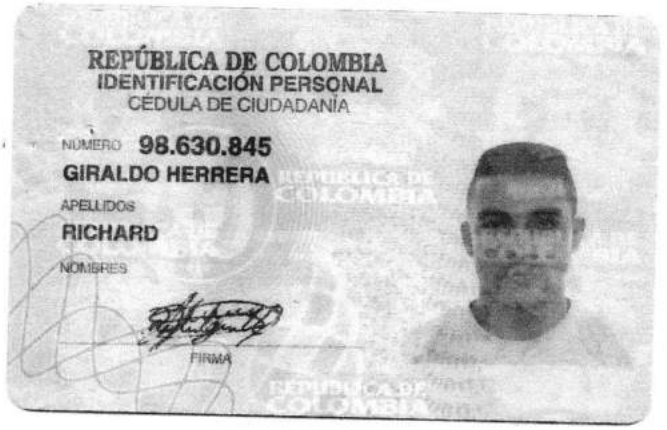
ORDENAMIENTOS
SOLICITUD SERVICIOS

PACIENTE: CC 98630845 - RICHARD GIRALDO GIRALDO
GENERO: MASCULINO **FECHA NACIMIENTO:** 20-02-1977

cel: 3215492440

Fecha y Hora de Atención: 2021-08-25 - CAS:658235
Entidad: REG. DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 3 PONAL SEDE ARMENIA
Diagnosticos: K591 - - -

903805 - AMILASA	# (1)
890346 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA CONTROL CON REPORTES.	# (1)
907013 - COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	# (1)
907014 - COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS #2.	# (1)
903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	# (1)
902205 - ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	# (1)
907006 - GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] NO =	# (1)



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **98.630.845**

GIRALDO HERRERA

APELLIDOS

RICHARD

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-1977**

LA TEBAIDA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

22-ENE-1996 ITAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

A-0112100-00913862-M-0098630845-20170621 **00558**73586A 1 9910043610

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 2021/07/15

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/07/15** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/12/31**

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

EL SEÑOR (A) **IT** **GIRALDO HERRERA RICHARD** identificado (a) con **CC** **98630845** Asignación de Retiro

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

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

Patrullero JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable Validacion y Actualización de Derechos

Laboratorio Clínico

01004880

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-04 16:24:03
Solicitud	: 01004880	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:22.
Paciente	: RICHARD GIRALDO HERRERA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 98630845	**Fecha Nacimiento**	: 20/02/1977
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 44 / M
Direccion	: MZ 9 CASA 3 B/ LA MILAGROSA	**Telefono**	: 0 - 3215492440

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
QUIMICA				
LIPASA	**31**	U/L	>=	38
Técnica : Espectrofotometria				

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

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

Paciente: **GIRALDO HERRERA RICHARD**	Identificación: **98630845**	Nro. Servicio: **10315805**	No. Paciente: **9645**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 44 Años**	Teléfono: **NA**	Tipo servicio:	
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO**	Fecha servicio: **08/10/2021**	Fecha impresión: **18/11/2021 09:56 AM**	
Empresa: **LAB.CLINICO MARTA LUCIA HOYOS GUTIERREZ**		Habitación:	

GRASAS NEUTRAS MATER. FECAL

Validado: 09/10/2021 01:37 AM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Cantidad de grasa en la muestra	**Negativo**	NEGATIVO	

Interpretación del resultado:
Hasta 5 glóbulos de grasa por campo: escaso
De 6 a 10 glóbulos de grasa por campo: media
Mayor de 11 glóbulos de grasa por campo: Abundante

BACTERIOLOGA
LIA SORAYA MOLINA CASAS
REG. 38870560

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205633

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	18399609	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	RUBEN DARIO RIVERA MARTINEZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	LITIO AUTOMATIZADO	1	8.132	8.132

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

OCHO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**8.132**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**8.132**
TOTAL FACTURA	**8.132**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 75f4341fa73992d18304fbf742378a84021c68f3402ffc1a5ec790d5fb7c0081580cf1efd94d7a1b02e5a7d4bbc285e0 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:06:35 a. m.

1005262

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1444346 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 1/10/2021 16:48:41

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	RUBEN DARIO RIVERA MARTINEZ	**Identificación Paciente**	18399609
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	CALARCÁ
Dirección	MZ 26 CS 14	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	7/5/1980		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
905312	LITIO AUTOMATIZADO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones SS LITIO AUTOMATIZADO REQUIERE REVISAR NIVELES SERICOS DE LITIO POR MANEJO CRONICO F31 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

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 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X Rebén Dario Rivera

X cc 18.399.609

X rubendariorivera777@gmail.com

X 3117296331

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2108076302

Fecha de Impresión
2021/08/17 1:05:59p. m.

Paciente : CC 18399609 RUBEN DARIO RIVERA MARTINEZ **No. Historia :** 18399609 PF 00

Tipo de Plan : EPS

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

Fecha de Evolución : 2021/08/17 11:58:53a. m. **Edad :** 41 A?os **Sexo :** Masculino

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

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO+	1	NO	NORMAL
903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1	NO	NORMAL
903856	NITROGENO UREICO [BUN] *+	1	NO	NORMAL
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	1	NO	NORMAL
905312B	**LITIO AUTOMATIZADO	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

TAB TOMA LITIO CONTRL TRIMESTRAL

Ana María Cano R.
MD PSIQ. R.M. 18884

ORDENADO POR

31841037 CANO RENTERIA ANA MARIA **Firma:**

C:\IPS\Reportes\... =RP001.rpt

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.399.609**

RIVERA MARTINEZ

APELLIDOS

RUBEN DARIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1980**

CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-1998 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2602000-00155049-M-0018399609-20090423 0010985885A 1 24875881


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
RIVERA MARTINEZ
RUBEN DARIO
CABALLERO


07-MAY-1980
Fecha de nacimiento
080915709
Numero de cedula
O +
GS.Rh
M
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01005262

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-06 07:35:23
Solicitud	: 01005262	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:23.
Paciente	: RUBEN DARIO RIVERA MARTINEZ	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 18399609	**Fecha Nacimiento**	: 07/05/1980
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 41 / M
Direccion	: B VERACRUZ MZ 26 CASA 14	**Telefono**	: 0 - 3117296331

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
QUIMICA					
LITIO AUTOMATIZADO	**0.69**	mmol/L	0.30	-	1.50

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISS0087

*** 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. 205634

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	7554470	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JUAN CARLOS CALDERON GUTIERREZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	COPROSCÓPICO	1	20.191	20.191

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTE MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**20.191**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**20.191**
TOTAL FACTURA	**20.191**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 03fe5fb0513cda1c7f78b4f985683d9d55b9396fa4ff42c9c8d16a34078e4683ff2873c17e948e516e29c252a704db29 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:07:10 a. m.

FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

1005339

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1454522 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 4/10/2021 14:58:21

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	JUAN CARLOS CALDERON GUTIERREZ	**Identificación Paciente**	7554470
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZANA 5 NRO. 8	**Teléfono**	7398610
Fecha de Nacimiento	14/4/1968		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
907004	COPROSCOPICO Incluye: pH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones SE AUTORIZA COPROSCOPICO INCLUYE: PH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS,CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR SUJETO AUDITORIA MEDICA,CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

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

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

+ Juan C. Calderon Gutierrez
+ 7.554.470.
+ 3113402784.
+ juancarlos64810@hotmail.com.

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2107138433

Fecha de Impresión
2021/07/29 5:30:34p. m.

Paciente : CC 7554470 JUAN CARLOS CALDERON GUTIERRE **No. Historia :** 7554470 PF 00

Tipo de Plan : EPS

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

Fecha de Evolución : 2021/07/29 4:40:23p. m. **Edad :** 53 A?os **Sexo :** Masculino

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

52468

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
907004	COPROSCOPICO + INCLUYE: PH, SANGRE OCULTA, AZUCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

Diagnóstico: *K580* SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA

14
23 SP

ORDENADO POR

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

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC7554470 CASUR

CALDERON GUTIERREZ

JUAN CARLOS

PERMANENTE

SARGENTO VICEPRIMERO (R)


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.554.470

APELLIDOS CALDERON GUTIERREZ

NOMBRES JUAN CARLOS

FIRMA


14-ABR-1968
Fecha de nacimiento

001534256
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1968

ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUL-1986 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00106610-M-0007554470-20090805 0014520005A 1 24880034

Laboratorio Clínico

01005339

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-06 09:19:44
Solicitud	: 01005339	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:23.
Paciente	: JUAN CARLOS CALDERON GUTIERREZ	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 7554470	**Fecha Nacimiento**	: 14/04/1968
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 53 / M
Direccion	: JESUS MARIA OCAMPO MZ 5 CASA 11	**Telefono**	: 0 - 3113402784

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
COPROANALISIS		
COPROSCOPICO		
Color	**CAFE**	
Consistencia	**BLANDA**	
Ph	**9.0**	
Azucares Reductores		
Glucosa	**NEGATIVO**	
Lactosa	**NEGATIVO**	
Sacarosa	**NEGATIVO**	
Examen Microscópico		
Flora Bacteriana	**NORMAL**	
Leucocitos	**0-2 XC**	x campo
PARASITOLOGIA		
OBSERVACIONES	**NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA**	

Validado Por:

Angie Katherine Arias H.

ANGIE KATHERINE ARIAS HENAO
BACTERIOLOGA
1053864835-09449

*** 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. 205635

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	25055196	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	MARIA EUGENIA GIRALDO MONTOYA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	1	21.601	21.601

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTIUN MIL SEISCIENTOS UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**21.601**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**21.601**
TOTAL FACTURA	**21.601**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 5fc363f93308b1c1039d750a971613bc71915d8232cdc08114247970ba43beaa52ca70d41f4512ff483c166eb9c19681 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:07:40 a. m.

1005689

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1468735 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 6/10/2021 10:38:46

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	MARIA EUGENIA GIRALDO MONTOYA	**Identificación Paciente**	25055196
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZANA A NRO. 1	**Teléfono**	7398604
Fecha de Nacimiento	10/11/1956		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA E669 - OBESIDAD 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 Maria Eugenia Giraldo Montoya
x 25.055.196
x 3146268863

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 25055196

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA EUGENIA GIRALDO MONTOYA 25055196 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 10/noviembre/1956 **Edad a la fecha del folio:** 64 Años \ 7 Meses \ 13 Días **Estado Civil:** Soltero

BARRIO VILLA DEL CAFE MZ A CASA 1 **3146268863** 3146268863

Procedencia: **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

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

Plan Beneficios: PN2021 - POLICIA NACIONAL RASES No.3 CD 041-2021 No. 86-7-20080-21 REGIMEN ESPECIAL

Presuntivo	I10X	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Presuntivo	E748	E748 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	CANTIDAD
19959380-01	ATORVASTATINA 40 MG TABLETA	90

EXAMENES

CANTIDAD	NOMBRE
1	19025 - ADRENOCORTICOTROPICA HORMONA ACTH
1	19278 - CORTISOL
1	19892 - SOMATOMEDINA C
1	39143-344 - CONSULTA AMBULATORIA DE MEDIDICNA ESPECIALIZADA (CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA)

Profesional: PEREZ MAZORRA MANUEL ALBERTO
Especialidad: ENDOCRINOLOGIA
R.M: 41-1097

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: **25055196**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA EUGENIA GIRALDO MONTOYA **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 64 Años \ 7 Meses \ 14 Días **Fecha_Nac** 10/11/1956 **Teléfono:** 3146268863

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **24/06/2021 02:21:37 p.m.**

Nº Ingreso: 2163399 **Fecha:** 24/06/2021 12:57:38 p.m. **Nº Folio:** 176

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups902402	Ips19025	19025 - ADRENOCORTICOTROPICA HORMONA ACTH		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904813	Ips19278	19278 - CORTISOL		1	Rutinario

Observaciones: CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904101	Ips19892	19892 - SOMATOMEDINA C		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Total Ítems: 3

Profesional: PEREZ MAZORRA MANUEL ALBERTO
ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA
R.M. 41-1097



10-NOV-1956
Fecha de nacimiento

303292360
Numero de carné

A -
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC25055196
Documento de Identificación

CASUR

GIRALDO MONTOYA
Apellidos

MARIA EUGENIA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC7552834
Titular

AGENTES (R)
Categoria del Titular



FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1956

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

A-
G.S RH

F
SEXO

17-ENE-1976 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2600100-00125845-F-0025055196-20081107 0005511249A 2 4180007748



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.055.196

GIRALDO MONTOYA
APELLIDOS

MARIA EUGENIA
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA

Paciente: **GIRALDO MONTOYA MARIA EUGENIA**	Identificación: **25055196**	Nro. Servicio: **10333079**	No. Paciente: **9646**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 64 Años**	Teléfono: **NA**	Tipo servicio:	
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO**	Fecha servicio: **13/10/2021**	Fecha impresión: **18/11/2021 09:56 AM**	
Empresa: **LAB.CLINICO MARTA LUCIA HOYOS GUTIERREZ**		Habitación:	

ADRENOCORTICOTROPICA HORMONA ACTH

Validado: 15/10/2021 02:21 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Hormona Adrenocorticotropica (ACTH)	37.10	5	46	pg/mL

Técnica: Quimioluminiscencia

NOTA: Límite inferior detectable de la prueba a partir de 5 pg/mL. Resultados reportados como <5 pg/mL se consideran anormales.

Cristina González O.

BACTERIOLOGA
YANIZET CRISTINA GONZALEZ OSORIO
REG. 43873981

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205636

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1094167328	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	YULIANA CAMILA MOGROVEJO ZAPATA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: ca55c415cbef3d023258707e76e5ba981b99a1ad39b350cde92fc6b44ed7466c1140f6d7626a39a0eea2e8a3ea98ac5b --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:09:31 a. m.

1006314

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización	1467634	**Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)**	6/10/2021 09:24:14

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	YULIANA CAMILA MOGROVEJO ZAPATA	**Identificación Paciente**	1094167328
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CLL 48A CON CRA 20 CASA 20-08 CONJ LAS ACACIAS	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	11/9/1996		

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	PCIENTE 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 Yuliana C mogrovejo Zapata

x. 1094167328

x 3112252948

x Ymogrovejo028@gmail.com.

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2109125121

Fecha de Impresión
2021/09/25 8:15:43a. m.

Paciente : CC 1094167328 YULIANA CAMILA MOGROVEJO Z **No. Historia :** 1094167328 PF 00

Tipo de Plan : EPS

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

Fecha de Evolución : 2021/09/25 8:05:35a. m. **Edad :** 25 A?os **Sexo :** Femenino

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

60
6-10

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+ INCLUYE: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO/ESPECIE	1	NO	NORMAL
906039	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TRE-PONEMICA) +	1	NO	NORMAL
906249B	**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	1	NO	NORMAL
A32117	✱STREPTOCOCCUS AGALACTIE, CULTIVO NO	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

Diagnóstico: *Z358* SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

FN- 11/09/96
Cel- 3112252948.

ORDENADO POR

HERNANDEZ SILVA RICARDO LUIS

Firma:

Jefe Daniela

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.094.167.328
MOGROVEJO ZAPATA
APELLIDOS
YULIANA CAMILA
NOMBRES

Camila Mogrovejo Z.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1996
EL ZULIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

15-SEP-2014 EL ZULIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2503800-00632984-F-1094167328-20141018 0040524228A 1 43688133

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 2021/10/6

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/10/6** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/12/31**

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

EL SEÑOR (A) PT **CASTELLANOS TORRES JESUS ALFREDO** identificado (a) con CC **1093758048** Laborando

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

MOGROVEJO ZAPATA YULIANA CAMIL identificado (a) con CC **1094167328** 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

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

Gestante

Laboratorio Clínico

01006314

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-12 15:22:40
Solicitud	: 01006314	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:24.
Paciente	: YULIANA CAMILA MOGROVEJO ZAPATA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1094167328	**Fecha Nacimiento**	: 11/09/1996
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 25 / F
Direccion	: CALLE 48A CRA 20-08 LAS ACACIAS	**Telefono**	: 0 - 3112252948

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. 205637

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1006050886	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	LAURA MONTOYA GONZALEZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 0bc52118c3f787a6f3688584ae05f606c0026822ce0a3c62ecf6064ac935b1d0cb0590c1b75ca3bbfafeafe965d49ff8 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:09:58 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1507996 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 12/10/2021 12:17:35

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 MONTOYA GONZALEZ	**Identificación Paciente**	1006050886
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CRA. 28 NO. 33-40	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	11/4/2002		

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 VITAMINA B1 [TIAMINA] 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 Laura Montoya Gonzalez
x 1006050886
x 3145001801


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
LAURA


FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-2002
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
11-JUN-2020 CIRCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

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 2021/08/27

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) **IJ** **GONZALEZ VILLA ADRIANA MARIA** identificado (a) con **CC** **41937154** Asignación de Retiro

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

MONTOYA GONZALEZ LAURA identificado (a) con **CC** **1006050886** 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

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 : miércoles, 08 septiembre 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

Nº Historia Clínica: **1006050886**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA MONTOYA GONZALEZ **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 19 Años \ 4 Meses \ 27 Días **Fecha_Nac** 11/04/2002 **Teléfono:** 3146246731

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 08/09/2021 02:38:13 p.m.

Nº Ingreso: 2183877 **Fecha:** 08/09/2021 02:00:26 p.m. **Nº Folio:** 26

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903702	IpsSH0021	SH0021 - VITAMINA B1 [TIAMINA]		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903703	IpsSH0019	SH0019 - VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903706	IpsSH0028	SH0028 - VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

Q665 PIE PLANO CONGENITO

Total Ítems: 3

Profesional: MOLINA BARRERA ALEJANDRO

ESPECIALIDAD: FISIATRIA

R.M. 98772252

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

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

N° Historia Clínica: **1006050886**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LAURA MONTOYA GONZALEZ **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 19 Años \ 4 Meses \ 27 Dias **Fecha_Nac** 11/04/2002 **Teléfono:** 3146246731

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 08/09/2021 02:38:13 p.m.

N° Ingreso: 2183877 **Fecha:** 08/09/2021 02:00:26 p.m. **N° Folio:** **26**

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP025	TERAPIA FISICA	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups931001	Ips29112	29112 - TERAPIA FISICA SESION		30	Rutinario

Observaciones: CERVICAL, PIES: MODALIDADES TÉRMICAS, CALOR HÚMEDO, CRIOTERAPIA, TENS ULTRASONIDO, ESTIRAMIENTOS Y FORTALECIMIENTO PROGRESIVO, FORTALECIMIENTO DE MSUCULOS EXTRINSECO E INTRINSECOS DE LOS PIES

DIAGNÓSTICO

Q665 PIE PLANO CONGENITO

Total Ítems: 1

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

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

101401604

Nombre	MONTOYA GONZALEZ LAURA		
Identificación	CC 1006050886	Tel.	
Edad	19 Años 6 Meses 3 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	13-10-2021-01006425		

Fecha de recepción:	14-Oct-2021 6:17 am
Fecha de impresion:	22-Oct-2021 4:31 pm
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	19-Oct-2021 11:57:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VITAMINA B1 (Tiamina) **Metodo: Cromatografía Líquida de Alta Resolución/HPLC**	**12.0**	nmol/L	**8 a 30**

HELLEM GERALDING PEREZ BUSTOS
CC. 1.014.293.668
QUIMICA

RAFAEL BARACALDO AYALA
CC. 1.013.430.869
MEDICO PATOLOGO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205638

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	7550795	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	GASES ARTERIALES	1	17.816	17.816

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.816**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.816**
TOTAL FACTURA	**17.816**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: c7a2fd771afa7723ce19c0bc892642cde1ada814b07edc03ab58504788f100691b8baf0b409889332cca4404ff960b16 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:10:25 a. m.

1006667.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización	1469410	**Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)**	6/10/2021 11:20:25

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	JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ	**Identificación Paciente**	7550795
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 14 26 40	**Teléfono**	3146261283
Fecha de Nacimiento	17/12/1966		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones: G473-APNEA DEL SUEÑO (SAHO) SS GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)//SE AUTORIZA SERVICIO SUJETO A AUDITORIA MEDICA, 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	LEIDY JOHANNA ARIAS OSMA
Registro Médico	1094918990
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

x JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ
x CC 7550795 Armenia
x 3146261283
abogadoguillermo@hotmail.com

LES RUEGO HACERLO EL FAVOR DE COLABORARME GRACIAS.

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

800000118

EPICRISIS Nº123377

Fecha Ingreso: 28/03/2021
Fecha Egreso: 02/04/2021
ESP 427

Nombre Completo: 7550795 JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ

Idx, 1. Disnea en estudio, 1.1 Icc cronica agudizada stevensonB acc/aha C, nyha II-III,2. antecedente de hta, obesidad, dm2, Paciente de 54 años, antecedentes de muy alto riesgo cardiovascular, ingresa por desturacion hipoxemia marcada, palidez diaforesis precedido de sintomas de 3 dias de sintomas generales, revision por sistemas sin sintomas urinarios sin sintomas gastrointestinales, no foco infeccioso evidente en examen clinico, se considera estudio paraclinico, se solicita tac de torax para ver estructuralidad pulmonar, se solicitan niveles de probnp para diagnostico diferencial de disnea por falla cardiaca vs disne pulmonar (paciente con htp severa), se revalorara, se explica apaciente a familiar conducta manejo se aplica protocolo de informacion medica.

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Ingreso/Relacionado	E108	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS
Egreso	E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Egreso	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Ingreso/Relacionado	E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS
Ingreso/Relacionado	G473	APNEA DEL SUEÑO
Ingreso/Relacionado	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Egreso	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
Ingreso/Relacionado	I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
19224	CLORURO
19290	CREATININA SUERO ORINA U OTROS
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA
19332	DESHIDROGENASA LACTICA LDH
19482	GASES ARTERIALES
19749	NITROGENO UREICO
19775	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO
19792	POTASIO
19806	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION
19891	SODIO
19959	TROPONINA
21201	TORAX (PA O P A Y LATERAL) REJA COSTAL
21601	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGENES (PRACTICADO EN HABITACION; UCI; RN O QUIROFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO AGREGAR:
21712	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA TORAX (TAC)
25102	ELECTROCARDIOGRAMA
25106	ECOCARDIOGRAMA MODO M
25109	ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER COLOR
39143-206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA
39143-366	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDIDICNA ESPECIALIZADA (CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA)
906340	SARS COV 2 (COVID19) ANTIGENO
SH0014	DIMERO D AUTOMATIZADO
SH0158	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE
151802030006	JERINGA 10 ML DESECHABLE
151802030038	JERINGA DE GASES CALIBRE 25G 5/8
15180203705	CIRCUITO DE VENTILACIÓN Y/0 ANESTESIA ADULTO CON BALÓN
151802040027	HUMIDIFICADORES DESECHABLES DE OXIGENO
151802040241	INCENTIVO RESPIRATORIO (INSPIROMETRO)
151802040242	CIRCUITO DE VENTILACIÓN Y/O ANESTESIA ADULTO SIN BALÓN

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

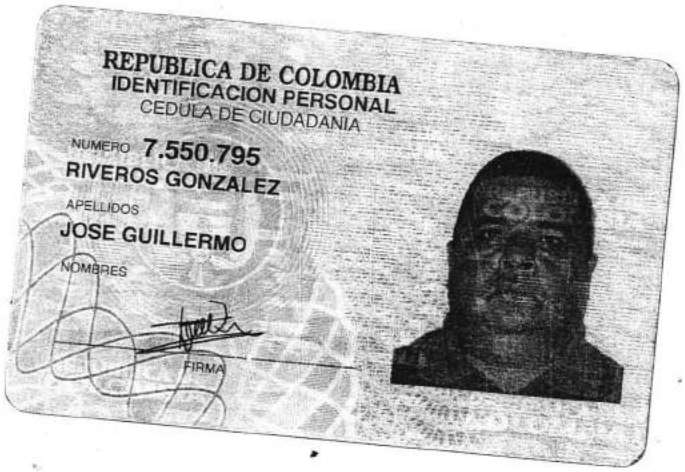
EPICRISIS Nº123377

Fecha Ingreso: 28/03/2021
Fecha Egreso: 02/04/2021
ESP 427

Nombre Completo: 7550795 JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ

151802040457	KIT MASCARA FACIAL NO INVASIVA TALLA L
19914262-04	INSULINA GLARGINA 100 UI/ML VIAL POR 10 ML
19927063-02	METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA
19935303-04	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA
19936280-03	DIPIRONA 1G/2ML SOLUCION INYECTABLE
19936296-08	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TABLETA
19940171-11	LOSARTAN 50 MG TABLETAS CUBIERTAS
19948075-01	CARVEDILOL 6.25 MG TABLETA
19950159-06	NITROGLICERINA 50 MG/10ML SOLUCION INYECTABLE
19950478-01	INSULINA GLULISINA 100 UI/ML VIAL POR 10 ML
19959761-01	ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA
19962943-01	ATORVASTATINA 40 MG TABLETA
19966226-05	FUROSEMIDA 20 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
19967634-06	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA
19980565-01	SITAGLIPTINA METFORMINA 50/1000MG TABLETA
19986092-01	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/0.6 ML
19998377-01	HALOPERIDOL 5 MG/1ML SOLUCION INYECTABLE
20011388-06	FUROSEMIDA 20 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
20013129-01	IPRATROPIO BROMURO 20 MCG/DOSIS INHALADOR
20013906-01	MORFINA CLORHIDRATO 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
20015631-03	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETA
29523-04	SODIO CLORURO 0.9% BOLSA POR 250 ML

Profesional: MANCILLA RODRIGUEZ NAYIBE
Especialidad: MEDICINA GENERAL
R.M: 6306892004


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.550.795
RIVEROS GONZALEZ
APELLIDOS
JOSE GUILLERMO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1966
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
26-FEB-1985 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-2600100-00785305-M-0007550795-20160203
0048216031A 1
4163772560



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC7550795 CAGEN
Documento de Identificación

RIVEROS GONZALEZ
Apellidos

JOSE GUILLERMO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

AGENTE(P)
Grado del Titular



17-DIC-1966
Fecha de nacimiento

001224484
Número de carné

A+
GS.Rh

M
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

EPICRISIS Nº123377

Fecha Ingreso: 28/03/2021
Fecha Egreso: 02/04/2021
ESP 427

Nombre Completo: 7550795 JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 02/abril/2021 01:10 p. m. **Ingreso:** 2143255 Confirmado
Médico: 41942066 NAYIBE MANCILLA RODRIGUEZ **Cama:** ESP 427
Informacion Paciente: JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Masculino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 7550795 **Edad:** 54 Años \ 3 Meses \ 16 Días **F. Nacimiento:** 17/12/1966
E.P.S: SANIR REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 (POLICIA RISARALDA)
Entidad:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna **Fecha Egreso:** 02/abril/2021 01:10 p. m. **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta:

nota diferida por daño en el sistema.
" ahogo"
PACIENTE DE 54 AÑOS CON CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION ASTENIA ADINAMIA, ORTOPNEIA, DISNEA, ASTENIA ADINAMIA, FIEBRE NO CUANTIFICADA, INGRESA SATURANDO 55 % AL TRIAGE SE TRASLADA A REANIAMCION SE INICIA OXIGENOTERAPIA POR ALTO FLUJO CON ANTECEDENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, INGRESA POR DESTURACION HIPOXEMIA MARCADA, PALIDEZ DIAFORESIS PRECEDIDO DE SINTOMAS DE 3 DIAS DE SINTOMAS GENERALES, SE SOLICITAN NIVELES DE PROBNP PARA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA POR FALLA CARDIACA VS DISNEA PULMONAR (PACIENTE CON HTP SEVERA) TAC DE TORAX SIN SIGNOS DE COVID, PRESENTA CLINICAMENTE SOBRECARGA DE VOLUMEN POR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, DISNEA SE CONSIDERA ICC CRONICA AGUDIZADA, AZOADOS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES TROPONINA NEGATIVA, MARCADORES INFLAMATORIOS NEGATIVOS PCR NEGATIVA, SE INICIA DIURETICO, SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNAQUIEN CONSIDERA DIAGNOSTICOS: 1. FALLA CARDIACA CRONICA AGUDIZADA ESTADIO C , CLASE FUNCIONAL 2 (AHA/NYHA), STEVENSON B 2. DIABETES MELLITUS II NO IR SE REALIZO GASES ARTERIALES SIN TRANSTORNO DE OXIGENACION, POR LO CUAL CONSIDERA HOSPITALIZAR, CONTINUAR MANEJO CON FUROSEMIDA, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA PARA DESCARTAR FOCO INFECCIOSO SE TRASLADA PACIENTE A 4 PISO PENSION HOMBRES DONDE INGRESA PACIENTE EN CAMILLA CON OXIGENO POR MASCARA DE NO REINHALACION CONSICENTE, HIDRATADO , AFEBRIL , CON SV:TA:126/73 FC:85 FR:21 SO2:97% T°: 36.2C° , CABEZA Y CUELLO : CABEZA NORMOCONFIGURADA, CUELLO SIN MASAS NI MEGALEAS, TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,MURMULLO VESCULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN SIGNS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES MOVILES, EUTROFICAS , CON EDEMA GRADO III, NEUROLOGICO SIN DEFICT MOTOR O SENSITVO. PACIENTE ES VALORADO CON LAS EPP RECOMENDADAS Y BAJO LOS PROTOCOLOS INDICADOS POR LA OMS Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA ATENDER LA PANDEMIA COVID 19 Y EVITAR SU PROPAGACION PARACLNICOS: HB: 14.9 HTO: 50.5 L: 7.500 N: 68.8 % PLAQ: 163.000 TROPONINA : 0.021 LDH : 181.5 CL: 102.3 K: 4.8 137.4 BUN : 15.33 ,CREATININA0.90 PCR: 4.87 DIMERO D 184 .ANTIGENO SARS COV 2 NEG
ingreso UCI
29/03/21

IDX
-falla cardiaca descompensada FEVI 44% estadio C NIYA II stevenson B
-EPOC no oxigeno requiriente exacerbado no sobreinfectado
-falla respiratoria tipo II
-cardiopatia hipertensiva e isquemica
-HTA cronica
-DM tipo II insulinorequiriente
-obesidad morbida
-SAHOS

fecha de ingreso husda: 28/03/21
fecha de ingreso uci: 29/03/21
evolucion UCI dia
30/03/21

IDX
-falla cardiaca descompensada FEVI 44% estadio C NIYA II stevenson B
-EPOC no oxigeno requiriente exacerbado no sobreinfectado
-falla respiratoria tipo II
-cardiopatia hipertensiva e isquemica
-HTA cronica
-DM tipo II insulinorequiriente
-obesidad morbida
-SAHOS

Enfermedad Actual:

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

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

EPICRISIS Nº123377

Fecha Ingreso: 28/03/2021
Fecha Egreso: 02/04/2021
ESP 427

Nombre Completo: 7550795 JOSE GUILLERMO RIVEROS GONZALEZ

Paciente de 54 años con cuadro de 3 dias de evolucion astenia adinamia, ortopneia, disnea, astenia adinamia, fiebr eno cuantificada, ingresa saturando 55 % al triage se traslada a reaniamcion se inicia oxigenoterapia por alto flujo
PACIENTE DE 54 AÑOS CON DIAGNOSTICOS: 1. FALLA CARDIACA CRONICA AGUDIZADA ESTADIO C , CLASE FUNCIONAL 2 (AHA/NYHA), STEVENSON B 2. DIABETES MELLITUS II NO IR QUIEN PRESENTA DISNEA ,SIN TRANSTORNO DE OXIGENACION, TAC DE TORAX SIN SIGNOS DE COVID, PRESENTA CLINICAMENTE SOBRECARGA DE VOLUMEN POR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, AZOADOS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES ,TROPONINA NEGATIVA, MARCADORES INFLMATORIOS NEGATIVOS PCR NEGATIVA, SE INDICA HOSPITALIZAR, CONTINUAR IGUAL MANEJO PENDIENTE PARCIAL DE ORINA PARA DESCARTAR FOCO INFECCIOSO SE REALIZA PROTOCLO DE INFORMACION AL PACIENTE RECONSIDERACION MEDICAMENTOSA PENDIENTE QUE HIJO APORTE INFORMACION YA QUE PACIENTE NO RECUERDA LOS MEDICAMENTOS RIEGSO DE CAIDA MEDIO RIESGO DE UCLERAS MEDIO RIESGO DE FUGA BAJO RIESGO DE BRONCOASPIRACION BAJO RIESGO DE DLEIRIUM BAJO
enfermedad actual
paciente con cuadro de 4 dias de edema de miebros inferiores, disnea y somnoliencia motivo por el cual ingresa en donde encuentran paciente desaturado con sobrecarga de volumen dan idx de falla cardiaca descompensada stevenson B inician manejo diuretico, toman TAC de torax el cual evidencia edema pulmonar, antigeno covid 19 negativo, troponina negativo, paciente evoluciona torpidamente por acidosis respiratoria, comentan a UCI en donde se acepta para manejo.
laboratorios:
cr 0.8 bun 16 normal, na 141 k 4.7 normal
gases arteriales pafi 192 ph 7.41 hco3 52 pco2 60 po2 69 be 10 trastorno moderado de la oxigenacion con acidosis respiratoria en mejoria a parametros basales del paciente

rx de torax de contorl indice cardiotoraxico aumentado no derrames mejoria de infiltrado alveolar. no consolidaciones

examen fisico
condiciones generales regulares
temperatura 36.5
cardiovascular: ta 136/82 fc 91 lpm, rscsrs no soplos
respiratorio: fr 24xmnto sat 98 con canula nasal fio2 32 crepitos escasos bibasales no tirajes si signos de esfuezo respiratorio
gastrointestinal: abdomen con gran paniculo adiposo no doloroso hernia umbilical reductible
genital: orina espontanea
extremidades: simetricas con edema grado I
neurologico: tendencia a somnoliencia orientado en tiempo, persona y lugar
glucometria: 174mg/dl

Revisión del Sistema:

Nieg. a
Análisis Objetivo: PACIENTE SOMNOLIENTO, HIDRATADO , AFEBRIL , CON SV: TA: FC: FR: SO2: , CABEZA Y CUELLO : CABEZA NORMOCONFIGURADA, CUELLO SIN MASAS NI MEGALEAS, TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,MURMULLO VESCULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN SIGNS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES MOVILES, EUTROFICAS , CON EDEMA GRADO III, NEUROLOGICO SIN DEFICT MOTOR O SENSITVO.PARACLNICOS: HB: 14.9 HTO: 50.5 L: 7.500 N: 68.8 % PLAQ: 163.000 TROPONINA : 0.021 LDH : 181.5 CL: 102.3 K: 4.8 137.4 BUN : 15.33 ,CREATININA 0.90 PCR: 4.87 DIMERO D 184 .
PACIENTE DE 54 AÑOS CON DIAGNOSTICOS: 1. FALLA CARDIACA CRONICA AGUDIZADA ESTADIO C , CLASE FUNCIONAL 2 (AHA/NYHA), STEVENSON B 2. DIABETES MELLITUS II NO IR QUIEN PRESENTA DISNEA, TAC DE TORAX SIN SIGNOS DE COVID, PRESENTA CLINICAMENTE SOBRECARGA DE VOLUMEN POR EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, AZOADOS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES ,TROPONINA NEGATIVA, MARCADORES INFLMATORIOS NEGATIVOS PCR NEGATIVA, GASES ARTERIALES ACIDOSIS RESPIRATORIA SEVERA.
PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE 1. FALLA CARDIACA CRÓNICA AGUDIZADA ESTADIO C. CLASE FUNCIONAL 2.(AHA/NYHA) STEVENSON B 2.ANTECEDENTES: SAHOS, HTA, IR, DM, OBESIDAD, COR PULMONALE. SE ENCUENTRA PACIENTE EN CAMA MONITORIZADO, SOMNOLIENTO POCO INTERACTIVO CON EL MEDIO, SIN TAQUICARDIA, TENSIÓN ARTERIAL DENTRO DE METAS. AFEBRIL, HIDRATADO. TÓRAX SIMÉTRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS Y MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS. ABDOMEN CON ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, HERNIA UMBILICAL VISIBLE, SIN IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS MÓVILES BIEN PERFUNDIDAS. EDEMA GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES.
antecedentes:
patologicos: HTA, DM tipo 2 IR, cardiopatia isquemica con ICC FEVI 44%
quirurgicos: craneotomia por accidente de transito
alergicos: niega
tabaquismo: niega
medicamentos: no recuerda
paciente en aceptables condiciones generales consciente alerta hidratado afebril normocefalo pupilas isocoricas normoreactivas a la luz mucosa oral humeda con faringe congestiva cuello sin adenopatias sin ingurgitacion yugular cardiovascular: rscsrs sin soplos + crepitos escasos bibasales no tirajes si signos de esfuezo respiratorio + gastrointestinal: abdomen con gran paniculo adiposo no doloroso hernia umbilical reductible extremidades: simetricas con edema grado I neurologico: tendencia a somnoliencia orientado en tiempo, persona y lugar
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E HIPERTENSIVA CON FEVI 44% QUE SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON REQUERIMIENTO DE OXÍGENO POR CÁNULA NASAL A 3LT/MIN CON OXIMETRÍA DE PULSO MAYOR A 91%.AFEBRIL, HIDRATADO, INTERACTÚA ADECUADAMENTE CON EL MEDIO. INYECCION CONJUNTIVAL. MUCOSAS ROSADAS, HÚMEDAS. TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS. ABDOMEN CON ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN EN NINGUN CUADRANTE. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, BIEN PERFUNDIDAS, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO.

Instrumentation Laboratory

RESULTADOS DE PACIENTE

LH
ABORATORIOCLINICO

stado: PENDIENTE
8/17/2021 12:23:43
ipo muestra:
Arterial
uestra No.: 19
suario:
7550795
aciente:
ID:
7550795
Nombre:
RIVERO GONZALEZ
JOSE GUILLERMO
nstrumento:
Modelo: GEM 3000
S/N: 26049

Medidos (37.0C)

pH	7.43	
pCO2	46	mmHg
pO2	69	mmHg
Na+	134	mmol/L
K+	4.3	mmol/L
Ca++	1.10	mmol/L
Glu	204	mg/dL
Lac	2.0	mmol/L
Htc	51	%

Corregido por temp.
(36.5C)

pH(T)	7.44	
pCO2(T)	45	mmHg
pO2(T)	67	mmHg

Calculados

Ca++(7.4)	1.11	mmol/L
HCO3-	30.5	mmol/L
HCO3std	28.8	mmol/L
TCO2	31.9	mmol/L
BEecf	6.2	mmol/L
BE(B)	5.1	mmol/L
SO2c	94	mmol/L
THbc	15.8	%
A-aDO2	1	g/dL
pAO2	68	mmHg
paO2/pAO2	0.99	mmHg
RI	0.0	

Usuario entrado

Temp	36.5	C

Composiciones de O2 y
Vent:

%FiO2	21.0	%

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205639

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	41908505	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	LUCERO ALAPE MENDEZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
	GASES ARTERIALES	1	17.816	17.816

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**17.816**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**17.816**
TOTAL FACTURA	**17.816**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: d5b85bdebed11fea13f6719374bbd80afe44fdb902a32da58fed8e7cf38999f659354ccbe01216dd46b669970bb921b4 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:10:53 a. m.

1006669

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1427350 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 29/9/2021 13:59:38

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	LUCERO ALAPE MENDEZ	**Identificación Paciente**	41908505
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. B CASA 9B	**Teléfono**	3117618902
Fecha de Nacimiento	14/8/1963		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIENTE CON ANTECEDENTES DE INFECCIÓN POR COVID-19, ACTUALMENTE CON OXIGENO , SEGÚN MEDICO TRATANTE, 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 180 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

X LUCERO ALAPE MÉNDEZ

X 41.908.505

X 3103771347 → 3117618902

masioh 2006@hotmail.com

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama **424**

Nº Historia Clínica: **41908505**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUCERO ALAPE MENDEZ **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 58 Años \ 0 Meses \ 11 Días **Fecha_Nac** 14/08/1963 **Teléfono:** 3103771347-3117618902

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 11:59:34 a.m.**

Nº Ingreso: 2165910 **Fecha:** 06/07/2021 11:58:02 a.m. **Nº Folio:** **114**

LISTADO DE EXÁMENES		**ÁREA SERVICIO:**	**OP027**	**TERAPIA RESPIRATORIA**	
CODIGO		**DESCRIPCION**		**Cant.**	**ESTADO**
Cups903839	Ips19482	19482 - GASES ARTERIALES		1	Rutinario

Observaciones: AMBIENTEPACIENTE USUSRAIA DE OXIGENO DOMICILIARIO

DIAGNÓSTICO

U071 COVID-19, VIRUS IDENTIFICADO

Total Ítems: 1

Profesional: UCHAMOCHA PEREZ YORLADY
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA
R.M. 52364091

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.908.505**

ALAPE MENDEZ

APELLIDOS

LUCERO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1963**

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-AGO-1984 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00165287-F-0041908505-20090731 0014246038A 1 4160101156

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC41908505
Documento de Identificación

CASUR



ALAPE MENDEZ
Apellidos

LUCERO
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC7536934
Titular

AGENTE (R)
Categoria del Titular



14-AGO-1963
Fecha de nacimiento

302848980
Numero de carné

A +
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

Instrumentation Laboratory

RESULTADOS DE PACIENTE

ILH
ABORATORIOCLINICO

---

stado: PENDIENTE
8/17/2021 13:30:02
ipo muestra:
Arterial
luestra No.: 20
suario:
41908505
aciente:
ID:
41908505
Nombre:
ALAPE MENDEZ
LUCERO
nstrumento:
Modelo: GEM 3000
S/N: 26049

Medidos (37.0C)

pH	7.48	
pCO2	38	mmHg
pO2	71	mmHg
Na+	138	mmol/L
K+	3.7	mmol/L
Ca++	1.16	mmol/L
Glu	127	mg/dL
Lac	1.5	mmol/L
Htc	46	%

Corregido por temp. (36.5C)

pH(T)	7.49	
pCO2(T)	37	mmHg
pO2(T)	69	mmHg

Calculados

Ca++(7.4)	1.20	mmol/L
HCO3-	28.3	mmol/L
HCO3std	28.4	mmol/L
TCO2	29.5	mmol/L
BEecf	4.8	mmol/L
BE(B)	4.6	mmol/L
SO2c	95	%
THbc	14.3	g/dL
A-aDO2	9	mmHg
pAO2	78	mmHg
paO2/pAO2	0.88	
RI	0.1	

Usuario entrado

Temp	36.5	C

Composiciones de O2 y Vent:

%FiO2	21.0	%

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205640

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	37176611	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ZORAIDA GELVEZ PARADA	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	1	11.752	11.752

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

ONCE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**11.752**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**11.752**
TOTAL FACTURA	**11.752**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: acec910360ea5a951f2f488c42dabbe10f565a4efad30cda2b88199b44f384f35884d407c55d2ee00b3f461c2dccff20 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:11:21 a. m.

1007163.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1479917 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 7/10/2021 15:42:15

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	ZORAIDA GELVEZ PARADA	**Identificación Paciente**	37176611
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZAN 3 CASA 12 3 ETAPA TEL 0967478380	**Teléfono**	3117141182
Fecha de Nacimiento	27/8/1961		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL 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.

xZoraida Gelvez

Zor Gelvez

@ Giam. com

x37176641

x3117141182

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

N° Historia Clínica: **37176611**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ZORAIDA GELVEZ PARADA **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 59 Años \ 11 Meses \ 9 Días **Fecha_Nac** 27/08/1961 **Teléfono:** 3117141182-7411043

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **05/08/2021 10:01:42 a.m.**

N° Ingreso: 2174113 **Fecha:** 05/08/2021 09:49:10 a.m. **N° Folio:** 6

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups906120	Ips19582	19582 - HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups901213	Ips19309	19309 - CULTIVO PARA HONGOS		1	Rutinario

Observaciones: UÑAS PIES.

DIAGNÓSTICO

L601 ONICOLISIS

Total Ítems: 2

Profesional: GIRALDO CANO MELISA
ESPECIALIDAD: DERMATOLOGIA
R.M. 631294



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 37.176.611
CELVEZ PARADA
APELLIDOS
ZORAIDA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1961
CUCUTILLA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-OCT-1982 TIBU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO

A-2800100-58134011-F-0037176611-20051201 0124505335A 02 173773202


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC37176611 CASUR
Documento de Identificación

GELVEZ PARADA
Apellidos

ZORAIDA
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE CC10243382
Fecha de vencimiento Titular

AGENTE(R)
Grado del Titular


27-AGO-1961
Fecha de nacimiento

303368380
Número de carné

O+
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

Laboratorio Clínico

01007163

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-19 08:09:31
Solicitud	: 01007163	**Fecha Impresión**	: 2021-11-23 11:50:47.
Paciente	: ZORAIDA GELVEZ PARADA	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 37176611	**Fecha Nacimiento**	: 27/08/1961
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 60 / F
Direccion	: B LOS QUINDOS 3 ETAPA MZ 3 CASA 12	**Telefono**	: 3717664 - 3117141182

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIALES		
Muestra:	**Uñas de los pies**	
Tiempo de Incubación:	**30 días**	
Resultado:	**NEGATIVO A LAS 4 SEMANAS DE INCUBACION**	

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. 205641

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1099708878	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	ISABELA MIRANDA RAMIREZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
	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: 26/11/2021 09:00:07

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: b5cd6772b8d3546e4cb326adee4877c5eb7e9ef96e384eea975acb12b6067f8a9220cf31e38ae9ff7bcc30a29dfd4bbb --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:11:50 a. m.

50729 91
50 22 952 mi

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1514712 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 13/10/2021 10:02:06

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	ISABELA MIRANDA RAMIREZ	**Identificación Paciente**	1099708878
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	PIJAO
Dirección	CALLE 3 Nº 3-07	**Teléfono**	3103820854
Fecha de Nacimiento	14/9/2008		

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 PACIENTE REQUIERE DE NIVELES DE VITAMINA B1, 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.

Isabela Miranda Ramirez
1099708878

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

23/13-10

Nº Historia Clínica: 1099708878

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ISABELA MIRANDA RAMIREZ **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 13 Años \ 0 Meses \ 22 Dias **Fecha_Nac** 14/09/2008 **Teléfono:** 3135352789

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **06/10/2021 11:51:52 a.m.**

Nº Ingreso: 2192690 **Fecha:** 06/10/2021 11:12:04 a.m. **Nº Folio:** 16

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903703	IpsSH0019	SH0019 - VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903702	IpsSH0021	SH0021 - VITAMINA B1 [TIAMINA]		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903706	IpsSH0028	SH0028 - VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		1	Rutinario

Observaciones:

DIAGNÓSTICO

M419 ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA

Total Ítems: 3

5 ordenes

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

COLCAN
LABORATORIO CLINICO

102101314

Nombre	MIRANDA RAMIREZ ISABELA		
Identificación	TI 1099708878	Tel.	
Edad	13 Años 1 Mes 7 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	20-10-2021-05022982		

Fecha de recepción:	21-Oct-2021 6:52 am
Fecha de impresion:	28-Oct-2021 8:37 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	25-Oct-2021 5:33:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VITAMINA B1 (Tiamina) **Metodo: Cromatografía Líquida de Alta Resolución/HPLC**	**16.6**	nmol/L	**8 a 30**

HELLEM GERALDING PEREZ BUSTOS
CC. 1.014.293.668
QUIMICA

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. 205642

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1115576518	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	SARA MELISSA PEDRAZA CAICEDO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
	INSULINA LIBRE	1	47.115	47.115

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO QUINCE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**47.115**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**47.115**
TOTAL FACTURA	**47.115**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 50bf67d67543ea531a4535c8c7c6a5c24f2796653464347407 8aca0e5c6db3d10be25a734b5f64049f075a7116de4fe7 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:12:18 a. m.

 2006431

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1491138 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 9/10/2021 10:55:57

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	SARA MELISSA PEDRAZA CAICEDO	**Identificación Paciente**	1115576518
Departamento	VALLE DEL CAUCA	**Municipio**	SEVILLA
Dirección	CARRERA 47 NRO 48-62 3117933033	**Teléfono**	3116274377
Fecha de Nacimiento	21/11/2008		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	1
903818	COLESTEROL TOTAL	1
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	1
903868	TRIGLICERIDOS	1
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	1
904107	HORMONA LUTEINIZANTE	1
904108	PROLACTINA	1
904705	INSULINA LIBRE	1
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1
904921	TIROXINA LIBRE	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones SE AUTORIZA SERVICIO CON VISTO BUENO MÉDICO AUDITOR DE REFERENCIA AUTORIZACIÓN SUJETA A AUDITORIA MÉDICA**********AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA DE CUENTAS

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

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	CRISTIAN ALBERTO CASTILLO RESTREPO
Registro Médico	94072555
Cargo	
Teléfono	

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

Sara Melissa Pedraza

SOLICITUD DE EXÁMENES

EVOLUCION PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1115576518 **Nº Folio:** 20 **Folio Asociado:**

Fecha Del Folio 04/10/2021 2:55:16 p. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SARA MELISSA PEDRAZA CAICEDO **Identificacion:** 1115576518 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 21/noviembre/20 **Edad Actual:** 12 Años \ 10 Meses \ 13 Días 08 **Estado Civil:** Soltero

Dirección: CR 50 48-61 **Teléfono:** 3116274377

Procedencia: CAICEDONIA **Ocupación:** NO APLICA

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: 453 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 POLICIA REGIONAL RISARALDA **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: 453 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 POLICIA REGIONAL RISARALDA **Nivel - Estrato:** OTRO

DATOS DEL INGRESO

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 3609795 **Fecha:** 04/10/2021 2:28:13 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	501	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
OBSERVACIONES					
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL			1	Rutinario
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL ENZIMATICO			1	Rutinario
903818	COLESTEROL TOTAL			1	Rutinario
903868	TRIGLICERIDOS			1	Rutinario
904108	PROLACTINA BASAL			1	Rutinario
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH			1	Rutinario
904921	TIROXINA LIBRE T4L			1	Rutinario
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL			1	Rutinario
904705 AYUNAS	INSULINA LIBRE			1	Rutinario
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE FSH			1	Rutinario
904107	HORMONA LUTEINIZANTE LH			1	Rutinario

Total Ítems: 11

Viviana Castaño S.
Pediatría
Univ. de Caldas
C.C. 1053811519

Firma :

Nombre y Documento del Medico

1053811519 - CASTAÑO SANCHEZ SANDRA VIVIANA

PEDIATRIA

Registro: 17362

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



TI 1115576518 CASUR
Documento de identificación
PEDRAZA CAICEDO
Apellidos
SARA MELISSA
Nombres
HIJO(A)
Parentesco con Titular
21-NOV-2022 CC94283671
Fecha de Vencimiento Titular
NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoria del Titular

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.115.576.518**
PEDRAZA CAICEDO
APELLIDOS
SARA MELISSA
NOMBRES

Sara Melissa P.
FIRMA

Sara Melissa Pedraza
1115.576.518



INDICE DERECHO

21-NOV-2008 Fecha de nacimiento
388851065 Numero de carné
O + GS.Rh
F Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-2008**
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-NOV-2026 FECHA DE VENCIMIENTO
O+ G.S. RH
F SEXO
11-DIC-2015 SEVILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-3109700-00797838-F-1115576518-20160304 0048802552A 3 46341705

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

102101360

Nombre	PEDRAZA CAICEDO SARA MELISSA		
Identificación	TI 1115576518	Tel.	1
Edad	13 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	20-10-2021-02006473		

Fecha de recepción:	21-Oct-2021 7:00 am
Fecha de impresion:	27-Oct-2021 7:45 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	21-Oct-2021 6:13:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INSULINA LIBRE **Metodo: Quimioluminiscencia**	**18.99**	mUI/L	**2.9 a 19.0**

ANNIE MILIN MOSCOSO
C.C. 66.05.81
BACTERIOLOGA

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
C.C 88.272.036
BACTERIOLOGO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205643

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	3717260	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	WELLESLEY BERMUDEZ NIETO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

'tem	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	3	29.184	87.552

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**87.552**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**87.552**
TOTAL FACTURA	**87.552**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: fbffdce142d0163e3634257f0454fdea4aa22b07cecd4d2454bb9f67c1a95b400ee06764d5c63062d060d72ac73fc817 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:12:47 a. m.

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205524

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	18/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	3717260	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	WELLESLEY BERMUDEZ NIETO	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	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	3	29.184	87.552

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**87.552**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**87.552**
TOTAL FACTURA	**87.552**

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: 507f2ffbcbeac3040330e83c3f33b7b6c58bc9b68d81fb23316ea294abc587e3f53c61c8b69cef984693d2b0d9e5510f --Fecha y Hora de Expedición : 22/11/2021 2:05:28 p. m.

1007630

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1560140 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 20/10/2021 16:44:52

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	WELLESLEY BERMUDEZ NIETO	**Identificación Paciente**	3717260
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CARRERA 12 13 NORTE 30 APTO 202	**Teléfono**	967495975
Fecha de Nacimiento	15/2/1946		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	3

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 HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA HEMATURIA , EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA , QUIEN SOLICITA CULTIVO PARA BK EN ORINA SERIADO TRES MUESTRAS, 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 WELLESLEY BERMUDEZ NIETO

T C.C. 3.717.260

T 3175292760

VIGILADO Supersalud

Calculaser S.A.
816002451-8

CALCULASER

Dirección.
Cra 19 # 12-50 Local F Megacentro Pinares -Sede Pereira
Teléfonos.
PBX PEREIRA 3116510 ARMENIA 3110599

Cédula de Ciudadanía: 3717260 **Nombre Completo:** WELLESLEY BERMUDEZ NIETO
Género: Masculino **Fecha de Nacimiento:** 1946-02-15 **Edad:** 75a 7m 22d
Dirección: CL 19 N # 10 - 41 CASTELLON **Ciudad:** Armenia - QUINDIO **Teléfono(s):** 0
Aseguradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 **Plan:** Cotizante **Cuidador:**
Fecha atención: 2021-10-07
Diagnóstico: N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Laboratorio

Descripción	Cantidad *	Justificación
903856 - NITROGENO UREICO [BUN] *+	1	.--
lab001 - CUADRO HEMATICO, GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA, CREATININA, TP, TPT, UROANALISIS, UROCULTIVO	1	.---
901210 - CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS	3	CULTIVO PARA BK EN ORINA SERIADO TRES MUESTRAS
901235 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	1	.--
906611 - ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE +	1	---
906610 - ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]	1	.--

Dr. Nestor Ricardo Botia Silva
Médico Especialista
3532-83
CC. 19260343
Firma Digitalizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.717.260**

BERMUDEZ NIETO

APELLIDOS

WELLESLEY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1946**

CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-JUL-1967 BARANOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2600100-00331559-M-0003717260-20110907 **00279**47291A 1 35358972

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205644

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1094879230	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	RODRIGO HERNANDEZ GUEPENDO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Ítem	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	FACTOR X [STUART POWER]	1	44.097	44.097
2	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	1	35.061	35.061
3	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	1	29.556	29.556
4	FIBRINÓGENO	1	11.055	11.055

Total Lineas o Items: 4

Valor en Letras

CIENTO DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**119.769**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**119.769**
TOTAL FACTURA	**119.769**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 7a12e128bb2f2c83480526088a13cd45b7a12ce5a0117e9b98d860de76395854ae010f4b9ca17f8c14d81b311c16edfa --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:13:15 a. m.

1007637

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1421644 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 28/9/2021 17:39:13

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 HERNANDEZ GUEPENDO	**Identificación Paciente**	1094879230
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MANZANA B CASA 10	**Teléfono**	67405716
Fecha de Nacimiento	22/3/1986		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	1
902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	1
902020	FACTOR X [STUART PROWER]	1
902024	FIBRINOGENO	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones PACIETNE CON DX DE I872, EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA , QUIEN SOLICITAA EXAMENES DE LABORATORIO 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 Rodrigo Hernández Guependo
X 1094879230
X 3176874370
X guepen800@hotmail.com.

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NÚMERO
2108084491

Fecha de Impresión
2021/08/18 3:40:57p. m.

Paciente : CC 1094879230 RODRIGO HERNANDEZ GUEPENDO **No. Historia :** 1094879230 PF 00

Tipo de Plan : EPS

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

Fecha de Evolución : 2021/08/18 3:18:15p. m. **Edad :** 35 A?os **Sexo :** Masculino

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

22
23-8

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
902007B	**ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	1	NO	NORMAL
902014B	**FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	1	NO	NORMAL
902018B	**FACTOR VIII DE LA COAGULACION	1	NO	NORMAL
902020B	**FACTOR X [STUART PROWER]	1	NO	NORMAL
902024B	**FIBRINOGENO	1	NO	NORMAL
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1	NO	NORMAL
902053B	**AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	1	NO	NORMAL
902072B	**ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBRAND	1	NO	NORMAL
903809B	**BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	NO	NORMAL
903833B	**FOSFATASA ALCALINA	1	NO	NORMAL
903866B	**TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	NO	NORMAL

ORDENADO POR

-------- LOPEZ MARIN NELSON ANDRES

Nelson Andrés López Marín
Médicina Interna
Reg. 22/10/2009 C.C. 9729037

Firma:

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL





CC 1094879230
Documento de Identificación

HERNANDEZ GUEPENDO
Apellidos

RODRIGO
Nombres

22-MAR-2022
Fecha de Vencimiento

SUBINTENDENTE
Grado del Titular

3/4



INDICE DERECHO

22-MAR-1986
Fecha de nacimiento

003115022
Numero de carné

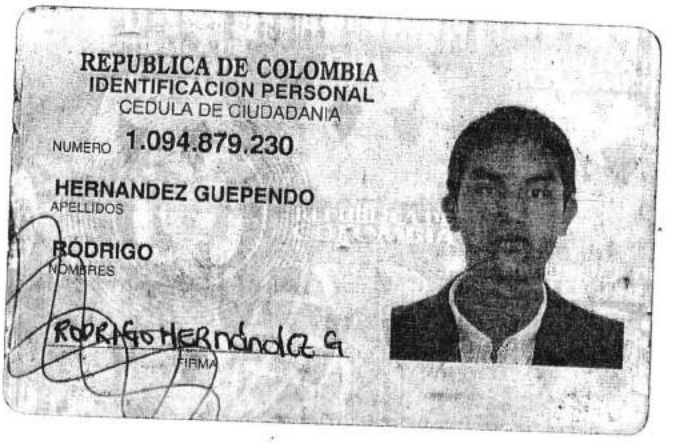
O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO



1094879230/2017/10/27 08:43:50



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.094.879.230

HERNANDEZ GUEPENDO
APELLIDOS

RODRIGO
NOMBRES

RODRIGO HERNANDEZ G
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1986
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAR-2004 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2600100-58126484-M-1094879230-20040927 01775042713 02 159967636

Laboratorio Clinico

01007637

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-21 07:47:11
Solicitud	: 01007637	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:24.
Paciente	: RODRIGO HERNANDEZ GUEPENDO	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1094879230	**Fecha Nacimiento**	: 22/03/1986
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 35 / M
Direccion	: MZ D CASA 10 MONTREPRADO	**Telefono**	: 0 - 3176879370

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
COAGULACION					
FIBRINOGENO	**309**	mg/dl	180	-	350
Método: Cuagulométrico					

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

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

COLCAN
LABORATORIO CLINICO

102602073

Nombre	HERNANDEZ GUEPENDO RODRIGO		
Identificación	CC 1094879230	Tel.	
Edad	35 Años 5 Meses 16 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	25-10-2021-01007637		

Fecha de recepción:	26-Oct-2021 9:00 am
Fecha de impresion:	18-Nov-2021 9:59 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	PEREIRA REFERENCIA
Fecha Validación	30-Oct-2021 9:21:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
FACTOR DE COAGULACION X STUART-PROWER **Metodo: Coagulometría**	**103.0**	%	**50 a 150**

GERYMAR DEL VALLE BARON GARCIA
CC: 1019154204
BACTERIOLOGA

DIAZ IBAÑEZ ELIANA
C.C 21.062.197
BACTERIOLOGA

Paciente: **HERNANDEZ GUEPENDO RODRIGO** | Identificación: **1094879230** | Nro. Servicio: **10367029** | No. Paciente: **9609**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 25 Años** | Teléfono: **NA** | Tipo servicio:
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO** | Fecha servicio: **23/10/2021** | Fecha impresión: **18/11/2021 09:59 AM**
Empresa: **LAB.CLINICO MARTA LUCIA HOYOS GUTIERREZ** | Habitación:

FACTOR DE LA COAGULACION VIII

Validado: 27/10/2021 11:41 AM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
FACTOR DE LA COAGULACION VIII Técnica: Coagulometría	65.7	50	150	%

OBSERVACIONES: --

Carolina R

BACTERIOLOGA
CAROLINA ROMERO DIAZ
REG. 52218880

FACTOR DE LA COAGULACION IX

Validado: 27/10/2021 11:41 AM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
FACTOR DE LA COAGULACION IX Técnica : Coagulometría	95.1	70	120	%

OBSERVACIONES: --

Carolina R

BACTERIOLOGA
CAROLINA ROMERO DIAZ
REG. 52218880

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205645

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	39574114	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	CLEMENTINA BERNATE CORTES	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	**Descripción**	**Cantidad**	**Valor Unitario**	**Total**
[illegible]	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	1	28.712	28.712

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**28.712**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**28.712**
TOTAL FACTURA	**28.712**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: a0c900fad7bb07c7707204840fe227671f27f4a78349880e427fa40e7364f9a0c7f7c3655d7e6eead8648fde7092426f --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:13:42 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1575303 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 22/10/2021 14:56:48

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	CLEMENTINA BERNATE CORTES	**Identificación Paciente**	39574114
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. MANANTIALES MZ. T CASA 1	**Teléfono**	3112131336
Fecha de Nacimiento	12/7/1975		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

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

Observaciones 904808 DEHIDROEPINANDROSTERONA L680 - HIRSUTISMO
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 Clementina Bernate cortés
x 39574114
x 3212420052 6

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

800000118

Fecha Actual : jueves, 17 junio 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

N° Historia Clínica: 39574114

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CLEMENTINA BERNATE CORTES **Sexo:** Femenino

Edad Actual: 45 Años \ 11 Meses \ 5 Días **Fecha_Nac** 12/07/1975 **Teléfono:** 3103048542 FAMILIAR

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **17/06/2021 03:52:50 p.m.**

N° Ingreso: 2161509 **Fecha:** 17/06/2021 02:19:10 p.m. **N° Folio:** 9

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904101	Ips19892	19892 - SOMATOMEDINA C		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904813	Ips19278	19278 - CORTISOL		1	Rutinario

Observaciones: cortisol libre en orina de 24 hora

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

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904501	Ips19070	19070 - ANDROSTENEDIONA		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904502	Ips19073	19073 - ANDROSTERONA		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904402	Ips19799	19799 - PROGESTERONA 17 HIDROXI		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904704	Ips19611	19611 - INSULINA CADA MUESTRA		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO

Profesional: PEREZ MAZORRA MANUEL ALBERTO

ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGIA

R.M. 41-1097

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.574.114
BERNATE CORTES

APELLIDOS
CLEMENTINA

NOMBRES

FIRMA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC39574114
Documento de Identificación

CAGEN

BERNATE CORTES
Apellidos

CLEMENTINA
Nombres

COMPAÑERO(A)
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC17060083
Titular

NO UNIFORMADO (P)
Categoria del Titular





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1975
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ENE-1996 GIRARDOT

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1510900-00065121-F-0039574114-20080905 0002984340A 1 1740007229



12-JUL-1975
Fecha de nacimiento

388844813
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO

17060083'2008/10/28 07:54:57

Laboratorio Clínico

01008045

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-22 15:48:13
Solicitud	: 01008045	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:25.
Paciente	: CLEMENTINA BERNATE CORTES	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 39574114	**Fecha Nacimiento**	: 12/07/1975
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 46 / F
Direccion	: MZ T CAS 1 B MANANTIALES 2 ETAPA	**Telefono**	: 3214200526 -

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
INMUNOQUIMICA					
DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO (DHEA-SO4)	**375.0**	ug/dl			
Método: Quimioluminiscencia					
			Niños:		
			Menores de una semana:	-	607
			1 - 4 Semanas:	-	431
			1 - 12 Meses:	-	123.6
			1 - 4 Años:	-	19.4
			5 - 9 Años:	-	85.2
			Hombres:		
			10 - 14 Años:	-	247
			15 - 19 Años:	-	492
			20 - 24 Años:	-	492
			25 - 34 Años:	-	449
			35 - 44 Años:	-	427
			45 - 54 Años:	-	331
			55 - 64 Años:	-	295
			65 - 74 Años:	-	249
			Mayores de 75 Años:	-	123
			Mujeres:		
			10 - 14 Años:	-	280
			15 - 19 Años:	-	368
			20 - 24 Años:	-	407
			25 - 34 Años:	-	380
			35 - 44 Años:	-	337
			45 - 54 Años:	-	256
			55 - 64 Años:	-	205
			65 - 74 Años:	-	246
			Mayores de 75 Años:	-	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. 205646

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1138274319	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	NICOLAS GABRIEL RODRIGUEZ GONZALEZ	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	CARIOTIPO CON BANDEO G ALTA RESOLUCION	1	274.567	274.567

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**274.567**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**274.567**
TOTAL FACTURA	**274.567**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: fbefdd1c3b158e51c9e7ec94145510ba2cd0ed63d8e1f6131d5022ad489e3bdf200116af82a68970324d49dfdc5c4d25 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:14:10 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1532359 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 15/10/2021 11:08:10

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	NICOLAS GABRIEL RODRIGUEZ GONZALEZ	**Identificación Paciente**	1138274319
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	CALLE 33 19 A 06	**Teléfono**	3144145163
Fecha de Nacimiento	16/11/2006		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa
Observaciones	CARIOTIPO CON BANDEO G 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 Nicolas Gabriel Rodriguez Gonzalez
X 1138274319
X 3144145163 – 3207180117

X Augusto Rodriguez
Augusto

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

19
6.9

Comfamiliar RISARALDA	Original	ORDEN LAB. 48438820 0401	Código:
	Area de Servicios: CLINICA		Versión No:
			Vigente a partir:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Ciudad: PEREIRA RDA. / Fecha: 2021/08/19		Entidad: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3	Plan: 86-7-20016-21 (Actividad)
Nombre: NICOLAS GABRIEL RODRIGUEZ GONZALEZ		Documento: TI 1138274319	Fecha Nacimiento: 2006/11/16
Sexo: FEMENINO	Edad: 14 AÑOS 9 MESES 3 DÍAS	Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Obs: **Niveles:** Requiere Autorizacion de la entidad (EPS)
Procedencia: ARMENIA		Zona: URBANA / Teléfono: 3207180117	
Dirección: CL 33 # 19A 03 ARMENIA		Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO	
Cotizante: CC 6770561		Categoría: A	Estado Civil: SOLTERO(A)
Código del Diagnostico: Q769		Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL	

	FECHA	LABORATORIO	CANT	TOMAR EN (# DIAS)	RECOMENDACION/JUSTIFICACIÓN	NP	INTERPRETACION
	20210819	908404 CARIOTIPO CON BADEO G	1	3	SANGRE PERIFERICA ANALIZAR 100 METAFASES	FALSE	
	20210819	903835 FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	3	SERICO	FALSE	
	20210819	903833 FOSFATASA ALCALINA	1	3	MALFORMACIONES ESQUELTICAS EN ESTUDIO	FALSE	

JUSTIFICACIÓN

SANGRE PERIFERICA ANALIZAR 100 METAFASES

MÉDICO

NOVA MUÑOZ ALEJANDRA	NI1087992155	Reg: 1087992155	Firma Digitalizada:

ORDENES DE LABORATORIO

2 ordenes

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 2021/08/13

FECHA DE EXPEDICIÓN: **2021/08/13** FECHA DE VENCIMIENTO: **2021/12/31**

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

EL SEÑOR (A) **AG RODRIGUEZ RODRIGUEZ AUGUSTO ARNULFO** identificado (a) con **CC** **6770561** Asignación de Retiro
ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIO A :

RODRIGUEZ GONZALEZ NICOLAS GABRIEL identificado (a) con **TI** **1138274319** en calidad de HIJO (A)

OBSERVACIONES: **Vencimiento**
Carné en tramite SI

PT JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ
Responsable validacion de Derechos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.138.274.319**
RODRIGUEZ GONZALEZ

APELLIDOS
NICOLAS GABRIEL

NOMBRES

Nicolas Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-2006**
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-NOV-2024 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

27-NOV-2013 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2600100-00536301-M-1138274319-20140117 0036617052A 2 4182650881

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

102604234

Nombre	RODRIGUEZ GONZALEZ NICOLAS GABRIEL		
Identificación	TI 1138274319	Tel.	
Edad	14 Años 11 Meses 10 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	26-10-2021-01008456		

Fecha de recepción:	26-Oct-2021 1:01 pm
Fecha de impresion:	18-Nov-2021 10:01 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	PEREIRA REFERENCIA
Fecha Validación	09-Nov-2021 5:58:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CARIOTIPO BANDEO G EN SANGRE PERIFERICA ALTA RESOLUCIÓN	**ANEXO**		

CAROLINA ARANGO ROSERO
CC 52.494.538
CITOGENETISTA

CARLOS ESTRADA SERRATO
CC 79.690.479
MEDICO GENETISTA

Anexos

- CARIOTIPO BANDEO G EN SANGRE PERIFERICA ALTA RESOLUCIÓN

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

102604234

Nombre	RODRIGUEZ GONZALEZ NICOLAS GABRIEL		
Identificación	TI 1138274319	Tel.	
Edad	14 Años 11 Meses 10 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	26-10-2021-01008456		

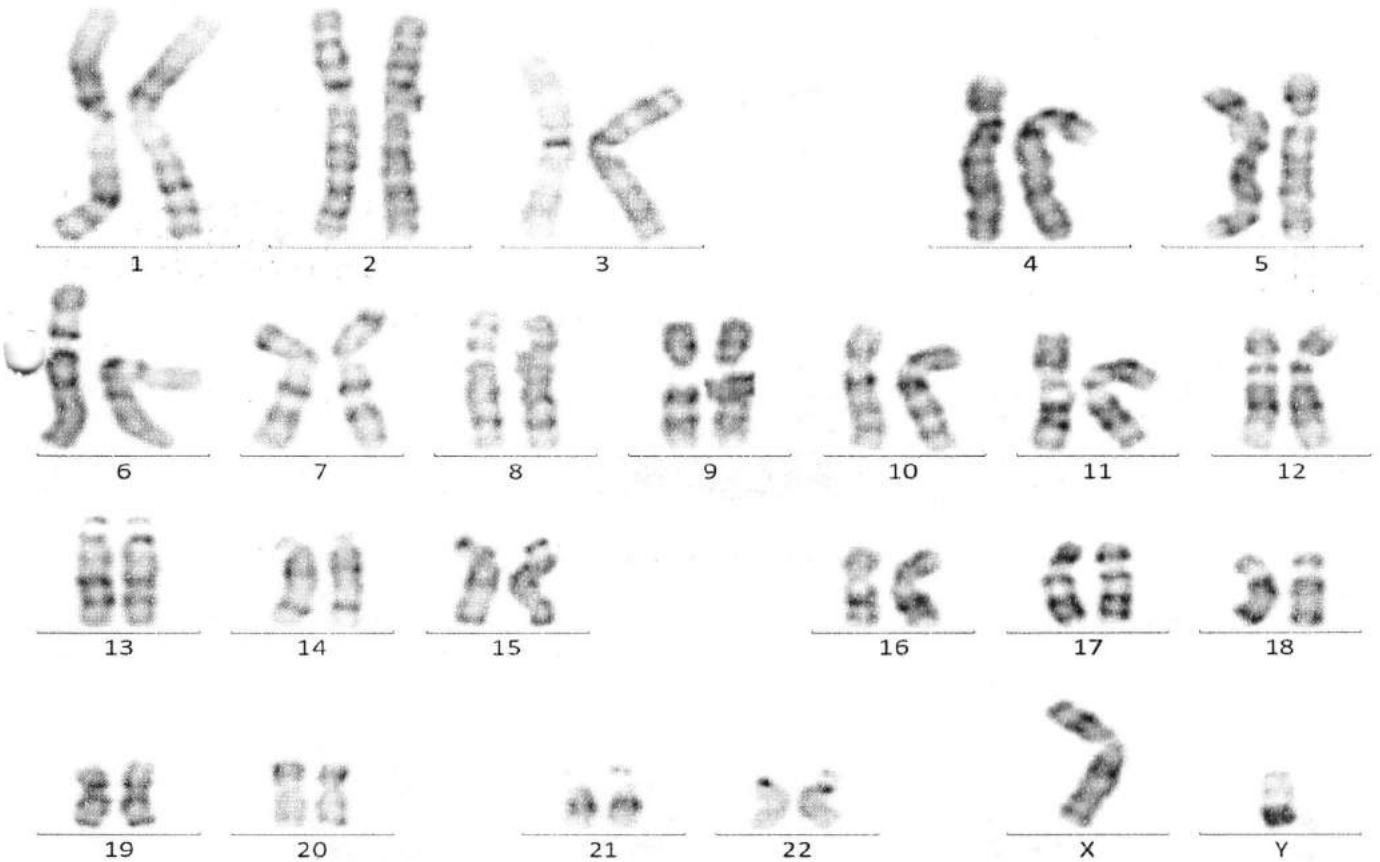
Fecha de recepción:	26-Oct-2021 1:01 pm
Fecha de impresion:	18-Nov-2021 10:01 am
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA
Sede	PEREIRA REFERENCIA
Fecha Validación	09-Nov-2021 5:58:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

Estudio Citogenético

Indicación:	Talla alta	**Nº Caso:**	102604234
Tipo de Muestra:	Sangre periférica	**Volumen:**	4 ml
Cultivo:	72 horas (PHA-BrdU) AR	**Bandeo:**	GTG/QFQ
Metafases:	25	**Resolución:**	550-650



Resultado: 46,XY

Valores de Referencia : Masculino normal: 46,XY. Femenino normal: 46,XX

Interpretación:

El análisis citogenético de la muestra de sangre periférica cultivada en medio SYNCHRO P (EuroClone) para alta resolución y estimulada con fitohemaglutinina resultó en un cariotipo masculino, 46,XY. No se encontraron anomalías numéricas ni estructurales al nivel de resolución de bandas obtenido en este caso. No se excluyen mosaicos de baja proporción, enfermedades genéticas causadas por mutaciones puntuales u otros cambios no detectables con el método usado.

Dr. Carlos Estrada Serrato. MD, MSc.
Director Médico - Unidad de Genética
LABORATORIO COLCAN
RM. 79690479

Carolina Arango Rosero. Biol. MSc.
Citogenetista - Unidad de Genética
LABORATORIO COLCAN
TP. 52494538

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205647

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1072102471	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	1	53.009	53.009
2	TESTOSTERONA LIBRE	1	25.458	25.458

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

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

SUBTOTAL	**78.467**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**78.467**
TOTAL FACTURA	**78.467**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 17ad1d3bfb716a912d159d8d9f266f518f8e3e10123124314ac460adab2171321316e7b10ed61d32f82c48519fdc0882 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:14:37 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1566435 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 21/10/2021 14:20:31

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	CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	**Identificación Paciente**	1072102471
Departamento	VALLE DEL CAUCA	**Municipio**	CAICEDONIA
Dirección	CL 2 14-04	**Teléfono**	3133006154
Fecha de Nacimiento	9/8/2009		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	4

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

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

Observaciones 904201 HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA 4 MUESTRAS CON CLONIDINA E349 - TRASTORNO ENDOCRINO NO ESPECIFICADO

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 Camilo Andres Vanegas.
X 1072102471
X 3178846273
X Vanegas1382@gmail.com

X Johanna Manrique

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1583962 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 25/10/2021 10:06:45

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	CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	**Identificación Paciente**	1072102471
Departamento	VALLE DEL CAUCA	**Municipio**	CAICEDONIA
Dirección	CL 2 14-04	**Teléfono**	3133006154
Fecha de Nacimiento	9/8/2009		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
904601	TESTOSTERONA LIBRE	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 TESTOSTERONA LIBRE, 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.

Historia Clínica

Doc. Identidad: **TI 1072102471** Nombre: **CAMILO ANDRES VANEGAS MANRRIQUE** Edad: **11 Años**
Entidad: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** Convenio: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**
Dirección: Teléfono: **3178846223**
Ocupación: Acompañante:

Fecha de elaboración: 05/08/2021 12:43:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA: CONSULTA DE CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL: NEUOTIPO DESMOPLASTICO 1 3 DIC 2012 CON SEGUNDA CIRUGIA EN MAYO 2013 CON 10 SEMANAS DE QUIMIO CON CISPLATINO- ETEPOXIDO Y CICLOFOSFAMIDA FINALIZANDO EN 7 ENERO 2015 ADEMAS DE RADIOTERAPIA RADIO EN 3 SECCIONES FINALIZADO EN EL 2014, CON DEFICIT DE MEMORIA 2016 RM DE CREANEO Y COLUMNA SIN RESIDIVA TUMORAL TAMBIEN CON TALLA BAJA
26 DIC 2018 CREAT 0.8 TGP 26 TGO 18 TSH 4.7 T4 LIBRE 0.95 TTP 27.5 BILIRRUBINA OK LEUCO 9700 LINFO 2760 HB 13.4 PLAQUETAS 327000
5 DIC 2018 RM DE COLUMNA COMPLETA NORMLA
RMC CONTRASTADA CON CAMBIOS QUIRUGICOS DE FOSA POST IZQ DE CEREBRO MALASIA POS IZQ Y SE VISUALIZA HEMISFERIO CEREBROSO DER QUE NO SE HABIA VISTO EN RESONANCIA DER POR LO QUE EL ONCOLOGO DECIDE SEGUIR EN VIGILANCIA
CARPOGRAMA CON UNA EDAD OSEA IGUAL A SU EDAD CRONOLOGICA
4 FEB 2019 SOMATOMEDINA C 4.3 TSH 3.1 T4 LIBRE 0.89 CORTISOL 13.16 FSH 2.15 FOSFORO 4.39 LH < 0.5 CALCIO 9.66 POTASIO 4.33 P DE ORINA OK SODIO 138.
14/04/2021 HDL 80 LDL 167 COLES TOTAL 273 TGC 97
15/04/2021 T4LIBRE 1.16 FSH 5.97 PROLACTINA 25 LH 6.79 TESTOSTERONA TOTAL 95 CORTISOL AM 19.2 TSH 5.65 VITAMINA D 23 SOMATOMEDINA C35 HG 0.15 CALCIO 9.9 CALCIO EN ORINA 7.4 CALCIO EN ORINA 24 HORAS 51 FOSFORO 5 MAGNESIO 2.2
08/07//2021 HB 13 CREATININA 0.43 TGO 24 TGP 22
04/08 /2021 TSH 2.84

ALIMENTACIÓN:

REVISIÓN POR SINTOMAS:

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS: NO REFIERE

ALÉRGICOS: NIEGA

HOSPITALARIO:

QUIRÚRGICOS: NIEGA

OTROS: VACUNAS COMPLETAS
BUEN APROVECHAMIENTO ESCOLAR
BUENA ALIMENTACION

FAMILIARES: PATERNA TRATAMIENTO DE TUMOR CEREBRA Y CA DE MAMA
TALLA M: 148.1 CM TALLA P: 1.78 CM TALLA E: 169.5 CM

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
TALLA: 119.4 CM
VOL TESTISCULAR 3
CRECE 21 POR ABAJO DE SU TALLA ESPERADA

TA: 100/80 mmhg - FC: 80 xmin - FR: 20 xmin - T: 37 °C - PESO: 25.2 kg - TALLA: 1.19 m - IMC: 17.80 - S.C: 0.91

Historia Clínica

Identidad: **TI 1072102471** Nombre: **CAMILO ANDRES VANEGAS MANRRIQUE** Edad: **11 Años**

Entidad: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** Convenio: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

Dirección: Teléfono: **3178846223**

Ocupación: Acompañante:

DIAGNÓSTICOS

E349 - TRASTORNO ENDOCRINO, NO ESPECIFICADO - Observación: - Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA

ANÁLISIS:

PLAN: 1. CONTROL EN 3 MESES

2. PERFIL LIPIDICO COMPLETO, TGO TGP, TSH, T4LIBRE, ANTICUERPOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS MICROSOMIALES, LH, FSH, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL, CORTISOL, SOMATOMEDINA C, HG , CURVA DE HORMONA DE CRECIMIENTO CON ESTIMULO DE CLONIDINA

Ordenes:

890202-10-CONSULTA DE CONTROL ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA, Cantidad:1

Ordenes:

904205-HORMONA DEL CRECIMIENTO SOMATOTRÓPICA PRE Y POST ESTÍMULO 4 MUESTRAS CON CLONIDINA, Cantidad:1

(PRE - 30' - 60' - 90')

890202-10-CONSULTA DE CONTROL ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA, Cantidad:1

Ordenes:

904205-HORMONA DEL CRECIMIENTO SOMATOTRÓPICA PRE Y POST ESTÍMULO 4 MUESTRAS CON CLONIDINA, Cantidad:1

890202-10-CONSULTA DE CONTROL ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA, Cantidad:1

Dr Fernando Perez R
Endocrinologo

EDGAR FERNANDO PEREZ RINCON
Especialidad: ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
CC: 16258240 RM:

ORDEN MÉDICA

GASTROKIDS S.A.S.
Nit: 900822320
Direcc: AV JUAN B GUTIERREZ NO 17 55 EDIF ICONO CONS 307
Tel: 3233979-3219949244

Fecha 05/08/2021

	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATOMEDINA C]		1
J7	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]		1
4105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]		1
904108	PROLACTINA [BASAL]		1
904602	TESTOSTERONA TOTAL		1
904601	TESTOSTERONA LIBRE		1
904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO SOMATOTRÓPICA PRE Y POST ESTÍMULO 4 MUESTRAS CON CLONIDINA	CON 75 MCG DE CLONIDINA	1

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



TI 1072102471
Documento de Identificación

VANEGAS MANRIQUE
Apellidos

CAMILO ANDRES
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

09-AGO-2023 **CC94232849**
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoria del Titular

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.072.102.471**

VANEGAS MANRIQUE
APELLIDOS

CAMILO ANDRES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

09-AGO-2009
Fecha de nacimiento

388967947
Numero de carné

B +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

94232849/2016/11/25 08:28:24



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-2009**
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-AGO-2027 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

11-AGO-2016 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-3107900-00847753-M-1072102471-20160910 0051019737A 2 2934052343

Laboratorio Clínico

01009114

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-29 08:00:58
Solicitud	: 01009114	**Fecha Impresión**	: 2021-11-23 11:53:14.
Paciente	: CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1072102471	**Fecha Nacimiento**	: 09/08/2009
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 12 / M
Direccion	: CALLE 2 # 14-04	**Telefono**	: 0 - 3178846223

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOLOGIA		
TESTOSTERONA LIBRE	**2.70** pg/ml	
Método: Microelisa		
MUJERES :		Cordón: 3.50 - 32.30 pg/ml 3 días: 0.29 - 1.74 pg/ml 4 - 30 días: 0.09 - 14.00 pg/ml 1 - 6 meses: 0.06 - 0.30 pg/ml 6 meses - 4 años: 0.08 - 0.51 pg/ml 4 - 7 años: 0.07 - 0.60 pg/ml 7 - 10 años: 0.24 -1.49 pg/ml 10 - 14 años: 0.70 - 1.65 pg/ml Adultas: 0.4 - 7.1 pg/ml
HOMBRES :		Cordón: 2.73 - 24.40 pg/ml 3 días: 1.23 - 4.72 pg/ml 4 - 30 días: 0.16 - 5.85 pg/ml 1 - 6 meses: 0.12 - 3.43 pg/ml 6 meses - 4 años: 0.07 - 0.30 pg/ml 4 - 7 años: 0.05 - 1.22 pg/ml 7 - 10 años: 0.07 - 0.97 pg/ml 10 - 14 años: 0.21 - 8.21 pg/ml Adultos: 4.00 - 30.0 pg/ml

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISSQ087

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

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-29 08:00:58
Solicitud	: 01009114	**Fecha Impresión**	: 2021-11-23 11:53:14.
Paciente	: CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1072102471	**Fecha Nacimiento**	: 09/08/2009
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 12 / M
Direccion	: CALLE 2 # 14-04	**Telefono**	: 0 - 3178846223

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
HORMONA DE CRECIMIENTO POST CARGA			
Hormona de Crecimiento Basal	**0.138**	uIU/ml	
Hormona de Crecimiento Post: 30 min	**0.140**		
Hormona de Crecimiento Post: 60 min	**0.304**		
Hormona de Crecimiento Post: 90 min	**0.387**		
Despues del ejercicio se espera un aumento de la hormona de crecimiento de 5 - 7 uIU/ml o más.			
Observaciones:	**POST CLONIDINA**		

Validado Por:

MARTHA LUCIA HOYOS GUTIERREZ
BACTERIOLOGA
RISSQ087

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

Laboratorio Clínico

01009114

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-10-29 08:00:58
Solicitud	: 01009114	**Fecha Impresión**	: 2021-11-18 09:51:25.
Paciente	: CAMILO ANDRES VANEGAS MANRIQUE	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 1072102471	**Fecha Nacimiento**	: 09/08/2009
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 12 / M
Direccion	: CALLE 2 # 14-04	**Telefono**	: 0 - 3178846223.

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
HORMONA DE CRECIMIENTO POST CARGA			
Hormona de Crecimiento Basal	**0.138**	uIU/ml	
Hormona de Crecimiento Post: 30 min	**0.140**		
Hormona de Crecimiento Post: 60 min	**0.304**		
Hormona de Crecimiento Post: 90 min	**0.387**		
Despues del ejercicio se espera un aumento de la hormona de crecimiento de 5 - 7 uIU/ml o más.			
Observaciones:	**POST CLONIDINA**		

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. 205648

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 9a4f212469a116b8f404499c79bfb805e5497b3d3af77eab6c3e1340f4f6c71977e7f1e23a64cbfa574f5cadb8bc1d58 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:15:03 a. 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 Milan03jul@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. 41.885.830
R.P. 18955
POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ORDENADO POR

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

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

AUTORIZACIÓN.

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. 205649

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 7948d3abb367fd84f19de5a91c9ec94552b5adf6878c75d0080c5443b6d0ca62a19a482f315009a58ae4ed60d4cd8213 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:15:29 a. 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

GASTROMIDS S.A.S.
Nit 900633020
Direcc AV JUAN B GUTIERREZ NO 17 56 EDIFICIO CENTRO CONS 207
Tel 3233979 3219949244

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 16259240 R.M
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
Medico


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1094936769
Documento de Identificación

OSORIO HERRERA
Apellidos

SILVANA
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

15-AGO-2025
Fecha de Vencimiento

CC 16075763
Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoria del Titular


15-AGO-2011
Fecha de nacimiento

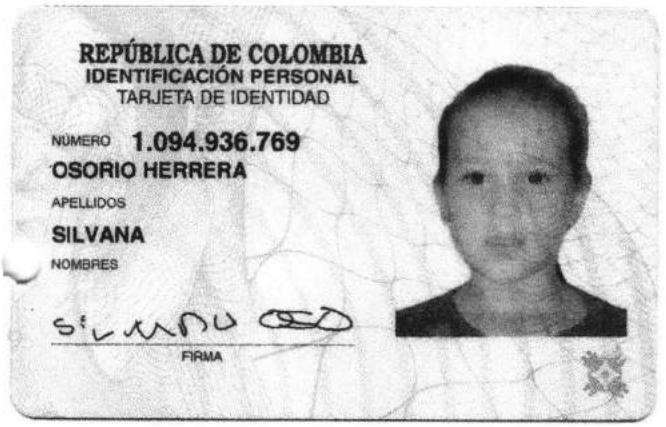
388976473
Numero de carné

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

O+
G S RH

F
SEXO

22-AGO-2018 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2601000-01045089-F-1094936769-20181109 0083187353A 2 4855103494

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***

Laboratorio Clínico

01010073

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. 205650

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula 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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 5d668d81abbb4523a96ee3b8203fe84a30b9cd2d4bc5f4616404c25552caf65827c80d9f59fb07cf43ebbba7f3f9eda3 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:15:56 a. 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

1004918194

3113383066

lauramarcelariveravilla9@gmail.com

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO LABORATORIO
ESPRI ARMENIA

NUMERO
2110088075
Fecha de Impresión
2021/10/19 3:46:32p. m.

Paciente : CC 1004918194 LAURA MARCELA RIVERA VILLA — No. Historia : 1004918194 ST 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION — Tipo Vinculación : BENEFICIARIO — Categoria : A

Fecha de Evolución : 2021/10/19 3:33:21p. m. — Edad : 19 Años — Sexo : Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignacion de Cama — Ámbito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastróficas	Prioridad
902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO+	1	NO	NORMAL
906213	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-0) POR EIA + SI NO	1	NO	NORMAL
906217	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M (TEMPRANOS M) POR EIA +	1	NO	NORMAL

Datos Clínicos de Importancia

TEL 3113383066

Diagnóstico: R590 ADENOMEGALIA LOCALIZADA

ORDENADO POR

7550228 HURTADO IBATA HERNANDO — **Firma:**

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.918.194**
RIVERA VILLA
APELLIDOS
LAURA MARCELA
NOMBRES



FIRMA



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

ÍNDICE DERECHO

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

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 2021/08/27

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** **12974526** 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

ANDREA CAROLINA PULIDO
CC. 53.026.069
BACTERIOLOGA

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

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
C.C 88.272.036
BACTERIOLOGO

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205651

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
[illegible]	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: 26/11/2021 09:00:07

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: 58995f24c9e4b0fb52c6ddb93ff76156935bd431d992d8f40020a6d94b8c4fa68e8ac2cc5ca94e98a5386e7821affb57 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:16:22 a. m.

1011033.

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
+ 313603487o
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 Arango

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO 1.115.358.489

LOPEZ PIZARRO

APELLIDOS

ALEJANDRO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-2005

SEVILLA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

05-DIC-2023 B- M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-AGO-2019 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2600100-01141852-M-1115358489-20200616 0070934839A 1 53578879

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. 205652

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: fe509c164679e07aa26c8997eb7fee9c3c1c909643aaadb1c8a1b03d3c734fb7cc5f000fb38dd0efd52e798ec32a932c --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:16:48 a. 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:**

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
Fecha de nacimiento

001646330
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECH



1850763S/0171205-10 42 23



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ENE-1969**

SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-MAR-1987 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO 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. 205653

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 594352fa5db14fc9ebf68bc0e751fc662951568 4f70b30ae9a8548a83fcf0ba6d4565627fcfa81fe97e7357d0bcf162f --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:17:14 a. m.

 1011486.

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

AlergoIPS

DIRECCIÓN:
Cra 19 # 8-13 Edificio Trípoli Consultorio 203 - 204 -
Teléfono(s): 3171777

Fecha de atención:
22 de septiembre de 2021

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.

Cra 19 # 8-13 Edificio Trípoli Consultorio 203 - 204 - Teléfono(s): 3171777
- Nit: 900765175 - Email(s): alergosalud@gmail.com

		DE LA APLICACIÓN DE LA IT. FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC, INCLUIDO EN EL PBS POS LA RESOLUCIÓN 2481 DE DICIEMBRE DEL 2020. NO REQUIERE MIPRES.
0013 - INMUNOGLOBULINA E (Ig E) ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3	IGE ESPECÍFICA PARA: 1. DERMATOHAGOIDES FARINAE, 2. BLOMIA TROPICALLYS, 3. DERMATOPHAGOIDES PTERONNYSINUS.

Formulación

Medicamento	Presentación	Cantidad	Concentración	Vía	Duración	Dosis	Indicaciones	Observación
- MOMETASONA SPRAY NASAL	FRASCO DE PEAD CON SPRAY NASAL CON 18G (180 APLICACIONES POR CAJA).	3 SPRAY	0.05 g	Nasal	3 MESES	UNA PULVERIZACIONE NC ADA FOSA NASAL CADA 12 HORAS PREVIO LAVADO NASAL		

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.

Cra 19 # 8-13 Edificio Trípoli Consultorio 203 - 204 - Teléfono(s): 3171777 - Nit: 900765175 - Email(s): alergosalud@gmail.com

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** Asignación de Retro

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

IMPRESIÓN DACTIL





FAVOR NO LAMINAR 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 REFERENCIA
Sede	
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. 205654

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: bdf06f7325ae03435f7915b34b04745ba747582a391355f0a290688613eb944f7fa91fac193de4ec91b4b775cb965f33 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:17:40 a. m.

1011691 Formulario

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

Servicio Solicitado

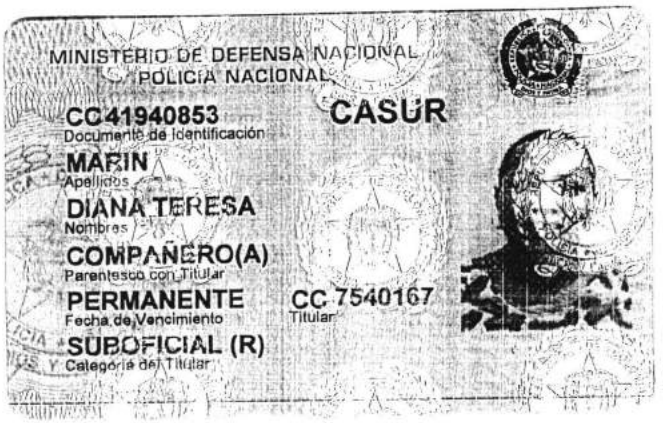
Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
902019	FACTOR VON WILLEBRAND	1	NO	NORMAL
902045B	**TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1	NO	NORMAL
902049B	**TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1	NO	NORMAL
902210B	**HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA 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
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.940.853
MARIN
APELLIDOS
DIANA TERESA
NOMBRES
FIRMA


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC41940853
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
24876530


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 Método: ELFA	**165.91**	%	50 - 160

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. 205655

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 95ff30fddcf506ad2965b443605ca080797760b72f28ae880916e9778df57924fc4d04d1710b3815c4043deaac54f34c --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:18:05 a. 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

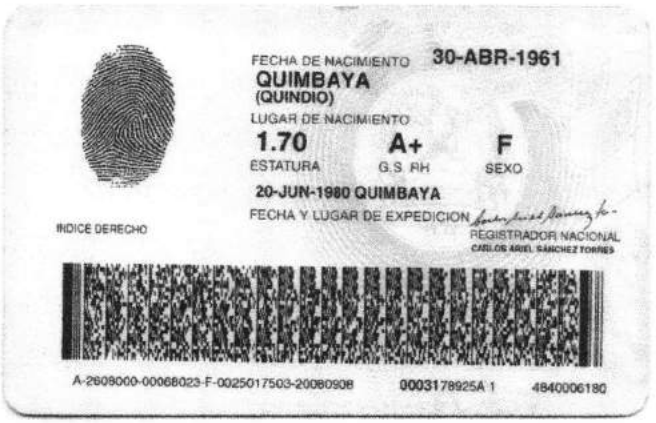
Servicio Solicitado

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 Marin
Medicina Interna
Rethus 22/10/2009 C.C. 9729037



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1961
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
20-JUN-1980 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2609000-00068023-F-0025017503-20060908 0003178925A 1 4840006180



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



30-ABR-1961
Fecha de nacimiento
003702893
Número de carné
A+
GS.Rh
F
Sexo
SANIDAD
INDICE DERECHO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC25017503
Documento de Identificación
CAGEN
ESPINOSA AGUDELO
Apellidos
ARGENIS
Nombres
MADRE
PERMANENTECC18469935
Fecha de Vencimiento
TIT.SUS.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. 205656

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 8b73b7bcf5499b2c7c31cd3c28e91f41bef082aef68bb85e5977b48443e6dc8ee6d0d66ab05b46101b7895d08e2e09f2 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:18:32 a. m.

1612383.

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		ÁREA SERVICIO:	OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
CupsA321 17	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 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

30-JUL-2019 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2600100-01109107-F-1192920338-20191109 **0068**832953A 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. 205657

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: 1be8930ef3bd2b792e156ca40b6001968a16fc924212c687df29892aadf71bf93099d80e6e2336b0eada64cd53f735e4 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:18:58 a. m.

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 - 3148886486
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
903828	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. # 14822194

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. # 14822194

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 con Titular

PERMANENTE CC18465141
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoria del Titular


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 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2600000-59[illegible]-F-00250206[illegible]-20071218 01351[illegible]

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. 205658

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: fe132088f1085e7c2cc12ca0951eced6e17da8cbcd0193af2af31bf1d6959fa23b611d4db61a16246336e78a29dfae2b --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:19:25 a. 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 (Día/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

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 Días **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 Items: 5

Profesional: MOLINA BARRERA ALEJANDRO

ESPECIALIDAD: FISIATRIA

R.M. 98772252

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.800.841

PATIÑO PULGARIN

APELLIDOS

JOSE ALBERTO

NOMBRES



Jose Alberto Patiño Pulgarin

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 80800841
Documento de Identificación

PATIÑO PULGARIN
Apellidos

JOSE ALBERTO
Nombres

25-OCT-2025
Fecha de vencimiento

PATRULLERO
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

Paciente: **PATIÑO PULGARIN JOSE ALBERTO**	Identificación: **80800841**	Nro. Servicio: **10460360**	Nro. Paciente: **9632**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 37 Años**	Teléfono: **3208696407**	Tipo servicio:	
Médico: **SIN REGISTRO MEDICO**	Fecha servicio: **20/11/2021**	Fecha impresión: **27/11/2021 08:30 AM**	
Empresa: **LAB.CLINICO MARTA LUCIA HOYOS GUTIERREZ**		Habitación:	

RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA

Validado: 25/11/2021 11:39 AM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA			
FUNCIONABILIDAD FACTOR V DE LEIDEN			
FVPCAT	**147.7**		seg
FVPCAT/0	**76.2**		seg
RN	**0.70**		

NOTAS:
FVPCAT: Tiempo de coagulación dependiente de la actividad de Proteína C
FVPCAT/0: Tiempo de coagulación en ausencia de la actividad de Proteína C
RN: Radic Normalizado

INTERPRETACIÓN:
La prueba se considera positiva si el Radio normalizado es menor de 0.7
Muestra Procesada con plasma deficiente de Factor V
Se modifica interpretación a partir del 17/02/2020

MÉTODO: COAGULOMÉTRICO.

BACTERICLOGA
AMELIA MARIAN PEREZ TAMARA
REG. 1049605739

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205659

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	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 VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

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: 26/11/2021 09:00:07

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: e4b8b1b89ca35ffcb26537f4fc5ac63445e1a4ac209b58746775bc72cf43d9388a27ecbf66530fd3dc9c3fa9a77f4198 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:19:51 a. 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

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

16/2-11

N° 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.

N° Ingreso: 2198247 **Fecha:** 25/10/2021 11:20:40 a.m. **N° Folio:** 1

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups904602	Ips19907	19907 - TESTOSTERONA TOTAL		1	Rutinario

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	OP017	LABORATORIO CLINICO	
CODIGO		DESCRIPCION		Cant.	ESTADO
Cups903042	Ips19817	19817 - PROTEINAS TRANSPORTADORA DE TESTOSTERONA PTHS		1 NO.	Rutinario

Observaciones:

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

Observaciones:

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

Observaciones:

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

Observaciones:

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA 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)
Gredo del Titular


19-MAR-1962
Fecha de nacimiento

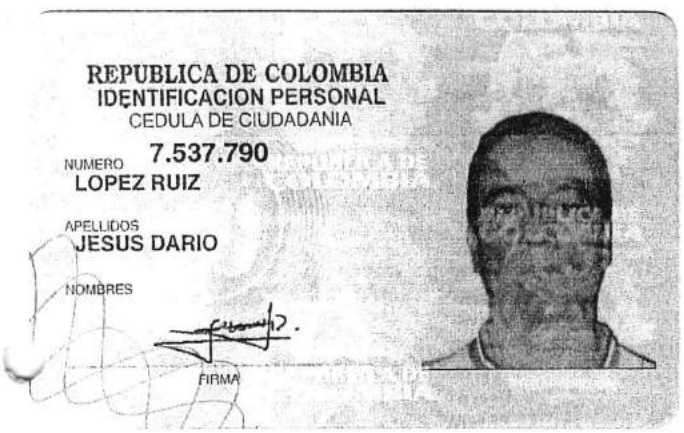
001572653
Número de carné

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

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205660

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	1157214066	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	JOSE MANUEL GARCIA QUINTERO	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	39.398	39.398
2	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A)	1	38.205	38.205

Total Lineas o Items: 2

Valor en Letras

SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TRES PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**77.603**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**77.603**
TOTAL FACTURA	**77.603**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 865644bd0fb36909eba4363488d7aea6bd75eabaaa32c1980a10014a8063711505c50ddeaf82fe9db558ab3f088898bc --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:20:17 a. m.

1013904.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1720189 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 16/11/2021 09:53:56

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 MANUEL GARCIA QUINTERO	**Identificación Paciente**	1157214066
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	MZ. 22 CASA 10	**Teléfono**	0
Fecha de Nacimiento	8/4/2015		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS 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 SE AUTORIZA LABORATORIO CLINICO SUJETO AUDITORIA MEDICA, CON VISTO BUENO DE MEDICO AUDITOR

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

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	TATIANA RAMIREZ ACEVEDO
Registro Médico	1094915691
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Teléfono	

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

+D Jose Manuel Garcia Quintero
+ 1157214066
+ 3103510171
+ dianitaquintero@gmail.com
Diana Quintero
1002581782

ESE HOSPITAL DPTAL UNIV DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS
800000118

Fecha Actual : lunes, 15 noviembre 2021

SOLICITUD DE EXÁMENES

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA / SERVICIO URGENCIAS **Cama**

43
16-11

N° Historia Clínica: 1157214066

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE MANUEL GARCIA QUINTERO **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 6 Años \ 7 Meses \ 7 Días **Fecha_Nac** 08/04/2015 **Teléfono:** 3103510171-3108366945

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PNRESU - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD "RES URGENCIAS"

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** 15/11/2021 1:59:27 a. m.

N° Ingreso: 2204431 **Fecha:** 14/11/2021 9:51:50 p. m. **N° Folio:** 13

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906129	Ips19929	19929 - TOXOPLASMA ANTICUERPO M	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906127	Ips19928	19928 - TOXOPLASMA ANTICUERPO G	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906206	Ips19211	19211 - CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS M	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906205	Ips19207	19207 - CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS G	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906214	IpsSH0043	SH0043 - EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IGG (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO: OP043	SERVIVIOS DE SALUD EXTERNOS	
CODIGO		DESCRIPCION	Cant.	ESTADO
Cups906217	IpsSH0044	SH0044 - EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IGA (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	Rutinario

Observaciones: ORDEN AMBULATORIA

DIAGNÓSTICO

Total Items: 6

FN - 8/04/2015
Cel - 3103510171

Profesional: CORREA MORENO ROMMY ANDREA
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
R.M. 1082962228



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

RC1157214866
Documento de Identificación

GARCIA QUINTERO
Apellidos

JOSE MANUEL
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

08-ABR-2022 CC9773421
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO
Categoría del Titular



08-ABR-2015
Fecha de nacimiento

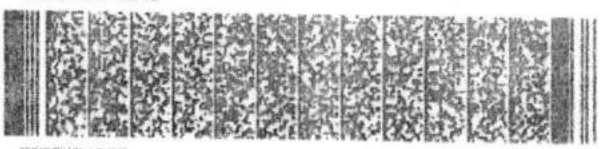
389068905
Numero de carné

A +
GS Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.157.214.056

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53997886

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A J

Dpto - Depto./Distrito - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE RIONEGRO HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - ANTIOQ

Datos del inscrito

Primer Apellido: GARCIA

Segundo Apellido: QUINTERO

Nombre(s): JOSE MANUEL

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes ABR Día 08

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento: (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía)

COLOMBIA ANTIOQUIA RIONEGRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13017963-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: QUINTERO RESTREPO DIANA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.002.581.782

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA HIDALGO DIEGO FERNANDO

CC 9.773.421 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA HIDALGO DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 9.773.421

Firma: Diego Fernando García H

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de Inscripción

Año 2015 Mes ABR Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OSCAR ARBEY GARCIA ALZATE - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

112402094

Nombre	GARCIA QUINTERO JOSE MANUEL		
Identificación	RC 1157214066	Tel.	
Edad	6 Años 7 Meses 19 Dias	Sexo	M
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	23-11-2021-01013904		

Fecha de recepción:	24-Nov-2021 8:58 am
Fecha de impresion:	
Empresa	LABORATORIO CLINICO M.L.H S.A.S - CUENTA REFERENCIA
Sede	
Fecha Validación	

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
EPSTEIN BARR ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgA **Metodo: Inmunoensayo Enzimático - EIA**	**PENDIENTE**	Índice	

V. de Referencia:
Negativo: Menor 0.8 0
Indeterminado: 0.80 - 1.10
Positivo: Mayor 1.10

EPSTEIN BARR ANTIGENO TEMPRANO: Ac. IgG **Metodo: Quimioluminiscencia**	**MENOR DE 5.00**	U/ml	

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 10 U/ml
Dudoso: 10 a 40 U/ml
Positivo: Mayor 40 U/ml

JEFERSON GRANJAS FRANCO
C.C 1.098.748.301
BACTERIOLOGO

DIAZ IBAÑEZ ELIANA
C.C 21.062.197
BACTERIOLOGA

LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.

Nit 900319795 2

Factura Electrónica De Venta No

AXM No. 205661

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	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**FECHA FACTURA**	**FECHA VENCIMIENTO**
NIT	900339410 8	26/11/2021	31/12/2021
Cedula Paciente:	7506112	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
Nombre Paciente:	GILBERTO VELASCO RENDON	LABORATORIO CLINICO MLH S.A.S.	Credito Regimen Especial
Observaciones:			

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV VILLA OLIMPICA CL 94	Pereira	31644770

Item	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Total
1	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	1	21.881	21.881

Total Lineas o Items: 1

Valor en Letras

VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**21.881**
COPAGOS	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**21.881**
TOTAL FACTURA	**21.881**

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/11/2021 09:00:07

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: 9626e5a1c4480f974c1a9201a18a6eb19de2044d22dd0603b0a580dff29969a451307e8f3c4464b59343b3e9d3f49bc3 --Fecha y Hora de Expedición : 26/11/2021 9:20:43 a. m.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

13932

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 1769110 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 23/11/2021 10:11:42

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	GILBERTO VELASCO RENDON	**Identificación Paciente**	7506112
Departamento	QUINDIO	**Municipio**	ARMENIA
Dirección	B. LINDARAJA MZ. 4 CASA 9 ETAPA II	**Teléfono**	7485449
Fecha de Nacimiento	5/9/1948		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	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 K101, EN MANEJO POR LA ESPECIALIDAD DE CX VASCULAR , QUIEN TOMA MUESTRA PARA CULTIVO DE SECRECION DE TOBILO DERECHO , 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.

Gilberto velasco Rendon
CC 7506112
Cel 3226134508
correo darihiro1975@hotmail.com

SOLICITUD DE EXÁMENES

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Cama

N° Historia Clínica: **7506112**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GILBERTO VELASCO RENDON **Sexo:** Masculino

Edad Actual: 73 Años \ 2 Meses \ 18 Días **Fecha_Nac** 05/09/1948 **Teléfono:** 3124064298-7335659

DATOS DE AFILIACIÓN

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

DATOS DEL INGRESO **Fecha Solicitud:** **23/11/2021 09:11:10 a.m.**

N° Ingreso: 2207000 **Fecha:** 23/11/2021 08:11:25 a.m. **N° Folio:** **13**

LISTADO DE EXÁMENES		**ÁREA SERVICIO:**	**OP017**	**LABORATORIO CLINICO**	
CODIGO		**DESCRIPCION**		**Cant.**	**ESTADO**
Cups901210	Ips19316	19316 - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA PARA MICROORGANISMOS		1	Rutinario

Observaciones: - SE TOMA MUESTRA Y SE SOLICITA CULTIVO DE SECRECION DE TOBILLO DERECHO

DIAGNÓSTICO

K101 GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

Total Ítems: 1

Profesional: CAJIAO CORREA GUSTAVO

ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA

R.M. 8573/85

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC7506112 CASUR
Documento de Identificación

VELASCO RENDON
Apellidos

GILBERTO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

AGENTE (R)
Grado del Titular



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.506.112
VELASCO RENDON
APELLIDOS
GILBERTO
NOMBRES





05-SET-1948 001230445
Fecha de nacimiento Número de Carné

O+ M
G.S. Rh Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO



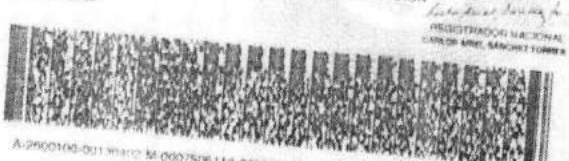


FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1948
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-DIC-1969 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2900108-0013 M-0007506112-20081217 0008234546A 1 4400000330

Laboratorio Clínico

01013932

Sede	: ARMENIA - PRINCIPAL	**Fecha Recepción**	: 2021-11-23 10:48:08
Solicitud	: 01013932	**Fecha Impresión**	: 2021-11-27 08:37:04.
Paciente	: GILBERTO VELASCO RENDON	**Médico**	: NO IDENTIFICADO
Identificación	: 7506112	**Fecha Nacimiento**	: 15/07/1949
Convenio	: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3	**Edad/Sexo**	: 72 / M
Direccion	: URB LIDANRAJA MZ 4 CASA 9 ETP 2	**Telefono**	: 0 - 3226134508

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA		
CULTIVO GERMENES COMUNES CON ANTIBIOGRAMA		
Muestra:	**SECRECION DE TOBILLO PIE DERECHO**	
Tiempo de Incubación:	**72 Horas**	
Resultado:	**NEGATIVO A LAS 72 HORAS DE INCUBACION**	
ANTIBIOGRAMA		

Validado Por:

DIANA CAROLINA MENESES CASTAÑO
BACTERIOLOGA
REG.7904

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