MARCOS BARRAZA AMADOR

MARCOS BARRAZA AMADOR NIT 8685128
Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta MC - 549

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764053953568 de 17/08/2023 - 17/02/2024 autoriza MC-501 a MC-1500

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	25/08/2023 13:06
Fecha de Vencimiento	24/09/2023 13:06
Fecha de Validación	25/08/2023 13:06
Forma de Pago	Crédito 30 DÍAS
Medio de Pago	Transferencia Débito
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	MARCOS BARRAZA AMADOR
CC	8685128
Obligación	NO APLICA
Email	mabaam@hotmail.com
Teléfono	6063344090
Dirección	CL 25 9 24 OF 522 ED CLINICA LOS ROSALES SEC LAGO URIBE
Ciudad, Depart.	PEREIRA, RISARALDA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	ESM BATALLÓN DE ASPC NO. 8 CACIQUE CALARCÃÂ (NIVEL I)
NIT	901540882
Obligación	IVA
Email	FACTURACIONCENACARMENIA@GMAIL.COM
Teléfono	3194676734
Dirección	AV CENTENARIO 25 NORTE 00
Ciudad, Depart.	ARMENIA, QUINDIO (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	1	EA	$198,266.00		$198,266.00	$198,266.00

1

Subtotal	$198,266.00
Total a Pagar	$198,266.00

CC 31427868 - MARIA DEL CARMEN URIBE HERNANDEZ
Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 705da98d428bdd5565c379cd4c01423be12bad745fda5e2d9e6a78f0992a5728b074ce5cdf7717c6ddb86ed75a4fbd63
Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Autorizaciones	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

Fecha generación: 19/05/2023 15:05:11

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2023-05-1568711 **FECHA SOLICITUD:** 5/19/23 2:59 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA DEL CARMEN URIBE HERNANDEZ
MUNICIPIO: CARTAGO
NOMBRE ENTIDAD: MARCOS BARRAZA AMADOR
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 31427868
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
CODIGO ESM O UPGD: 761470065701
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

MÉDICO TRATANTE: MARIA FERNANDA SALAZAR TOBON
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Cirugía General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: MARCOS BARRAZA AMADOR
NÚMERO DE CONTRATO: No registra
DIRECCIÓN: CALLE 8 BIS N 3-08
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

CODIGO ESM O UPGD: 761470065701
TELÉFONO: 3164041750
MUNICIPIO: CARTAGO

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2023-05-1568711	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	890446	Otros Exámenes de Apoyo Diagnóstico - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA BAJO EL CONTRATO 112-DISANEJEC/CENACARM-2023
ORDEN MÉDICA CUMPLE CON LOS PARÁMETROS PARA SU AUTORIZACIÓN

Autorizado por MARÍA FERNANDA SALAZAR TOBÓN, Especialista en Auditoria en Salud - Ejército Nacional ESM BIVEN 23 "Vencedores"

OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE EN MANEJO Y TRATAMIENTO EXTRA INSTITUCIONAL POR CIRUGIA GENERAL MÉDICO TRATANTE JOSE ALFREDO LEMA ROSERO QUIEN SOLICITA: INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA //ORDEN EMITIDA EL 19/05/2023

FECHA DE VENCIMIENTO: 15/11/2023

AUTORIZADA POR: _____

MARIA FERNANDA SALAZAR TOBON
31435707

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 180 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 15/11/2023

3164041750

+ Maria del carmen uribe

CC 31427868

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

RESOLUCION 003047 DE 2008 - ANEXO TECNICO No. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD **21796668** Fecha y Hora: 19/05/2023 09:09:11

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO NIT : 890303841-8

CODIGO: 761470371502 DIRECCION CR3 BIS Cll 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA

TELEFONO : PBX 2147122 DEPARTAMENTO **VALLE DEL CAUCA** MUNICIPIO : **76147 CARTAGO**

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA **ESM BATALLON DE ASPC Nro. 8 CACIQUE** RES003

DATOS DEL PACIENTE

URIBE	HERNANDEZ	MARIA	DEL CARMEN
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo Documento de Indentificacion: [X] Cedula de Ciudadania

Numero documento de identificacion: **31427868**

Fecha de Nacimiento: 25/06/1979

Direccion de Residencia Habitual: cll 23 3dn 63 Telefono : 3127535932

Departamento : 76 VALLE DEL CAUCA Municipio : 76147 CARTAGO

Telefono Celular : Correo Electronico :

Cobertura en salud :

[X] Regimen de Excepcion

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atencion : [X] Consulta General

Tipo de Servicios Solicitados : [X] Posterior a la Atencion Inicial de Urgencias

Prioridad de la atencion : [X] Prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion :

[X] Hospitalizacion Servicio : HOSPITALIZACION 3 Cama : 0310

Manejo integral segun Guia de : DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

CUPS	Cantidad	Descripcion	Autorizado
452305	1	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	
890446	1	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	

Justificacion Clinica :

ss colonoscopia total bajo sedacion - indicada por cirugia general. , ss interconsulta por gastroenterologia. indicada por cirugia general.

Natalia Gomez

Firma Profesional

Impresion Diagnostica :	CIE10	Descripcion
Diagnostico Principal:	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
Diagnostico relacionado 1	...	...
Diagnostico relacionado 2	...	...

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: NATALIA GOMEZ DUQUE

IMPRESO: 23/05/2023 08:41:44

RM 1112772806

ID 1112772806

Telefono 4892222

Telefono Celular

Cargo MEDICO GENERAL

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

CODIGO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: 761470371502

890303841-8

Datos del paciente: Identificación : **CC 31427868** Edad : **43**

Nombre : MARIA DEL CARMEN URIBE HERNANDEZ Telefono: 3127535932

Asegurador : ESM BATALLON DE ASPC Nro. 8 CACIQUE Historia de control: **19997-11**

Numero de orden

1946174

Pagina: 1

		SOLICITUD	CANTIDAD
1	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	1

ss colonoscopia total bajo sedacion - indicada por cirugia general. 19/05/2023 09:09:11 Examen

2	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	1

ss interconsulta por gastroenterologia. indicada por cirugia general. 19/05/2023 09:09:36 Consulta

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: **R101-DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR**

DIAGNÓSTICO RELACIONADO:

GRUPO DE SERVICIO : 05 - ATENCION INMEDIATA HOSPITALIZACION 3

MODALIDAD DE SERVICIO : 01 - INTRAMURAL

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA - PBX 2147122 Impreso: 23/05/2023 08:41:33

Vigencia de la orden: 90 días RedSalud V1-19102019

Medico: NATALIA GOMEZ DUQUE

Identifiacion: 1112772806 RM: 1112772806

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SP No. C 31427868 EJC

URIBE HERNANDEZ MARIA DEL CARMEN

AFILIADO:

HERRERA RAMIREZ WILLIAM ALEXANDE
C 93395805

USUARIO: **CONY**

DISCAPACIDAD: **Ninguna**

AFILIACION: **Mar 1 2001**

VENCE: **PERM.GRADO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.427.868**

URIBE HERNANDEZ
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

FIRMA



Identificación Plástica S.A. 150931/1315

A12760937

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios de salud de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1997, Decreto 1795 de 2000 y normas concordantes.
Presentar este carné con el documento de identificación y verificar que el afiliado está ACTIVO en la Base de Datos del SSFM.
En caso de pérdida, por favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, por favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301, 1310 a 1314 y 1460** en Bogotá DC.
Correo electrónico: afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1979**

CARTAGO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-SEP-1997 CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3103400-00156205-F-0031427868-20090513 0011478369A 1 3050009544

MARCOS BARRAZA AMADOR

NIT: 8685128-2
CL 25 9 24 OF 522 ED CLINICA LOS ROSALES SEC LAGO URIBETEL: 6063344090
PEREIRA

HISTORIA CLINICA
Copia Controlada

PACIENTE: CC 31427868 - MARIA DEL CARMEN URIBE HERNANDEZ
GENERO: FEMENINO
FECHA NACIMIENTO: 25-06-1979 - **EDAD:** 44 AÑOS

Fecha y Hora de Atención: 2023-08-01 - 09:31:31 **CAS:4530**
Cliente: ESM BATALLÓN DE ASPC NO. 8 CACIQUE CALARCÃ• (NIVEL I)
Profesional Tratante: MARCOS BARRAZA AMADOR

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGíA

DATOS SUBJETIVOS:	"PRIMERA VEZ"
DATOS OBJETIVOS:	SE TRATA DE PACIENTE FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DOLOR ANORECTAL EVACUATORIO, EVACUACION CADA 4 O 5 DÍAS, INSATISFACTORIAS, BRISTOL 4 Y BRISTOL 2, MOTIVO POR EL CUAL SE LE REALIZAN ESTUDIOS ENDOSCOPICO INFERIOR ACUDE A CONSULTA. TOMA DE AGUA 2 LITRO AL DÍA, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS ESCASA. COLONOSCOPIA TOTAL (13/07/2023): COLONOSCOPIA TOTAL NORMAL. ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (20/06/2023): ESTEATOSIS HEPATICA GRADO II. POSIBLES DIVERTICULOS COLONICOS. VER ECOGRAFIA TRANSVAGINAL, SE SUGIERE TAC ABDOMINAL. EVOGRAFIA PELVICA TRASNVAGINAL (20/06/2023): PACIENTE HISTERECTOMIZADA. SINDROME ADHERENCIAL PELVICO.
ANTECEDENTES PERSONALES:	HTA LOSARTAN 50 MG.
PACIENTE CON HTA:	SI
PACIENTE CON HTA:	SI
ANTECEDENTES FAMILIARES:	ABUELA CA DE UTERO Y COLON
TA:	130/80
FC:	75
FR:	16
SO2:	99
TALLA (cm):	163
PESO (Kg):	74
IMC:	27.85
IMC - CLASIFICACION:	SOBREPESO
EXAMEN FISICO:	PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, EUPNEICO, HIDRATADO. TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RSRSPS, SIN AGREGADOS, RSCSRS, S/S, S/G. ABDOMEN GLOBOSO A EXPENSAS DE PANÍCULO ADIPOSO, RSHSPS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO SE PALPAN MEGALIAS. TACTO INSPECCION NORLMAL, DOLOR EN REGION PERIANALIZQUIERDA SIN EVIDENCIA DE LESION A LA INSPECCION AL PALPAR AREA DEL DOLOR SE SIENTE ENDURADA SIN DETERMIAR AREA DE LESION. MIEMBROS SIMÉTRICOS, SIN DEFORMIDADES
NOTA:	PACIENTE CON DOLOR ANORECTAL Y CONSTIPACION A QUIEN SE LE IDNICAN ESTUDIOS ENDOSCOPICO NORMAL, EN VISTA QUE EN EL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION ANORECTAL SIN EVIDENTE LESION SE DECIDE SOLICITAR ESTUDIOS ECOGRAFAI DE CANAL ANAL, MANOMETRIA ANORECTAL, ELECTROMIOGRAFIA ANORECTAL, APARENTEMENTE EL DOLOR ES NEURAL POR SENSACION DE QUEMADO EN LA ZONA, DE LA MISMA FORMA SE SOLICITA CONTROL CON COLOPROCTOLOGIA.
CONDUCTA:	RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE MANOMETRIA DE ANORECTAL ECOGRAFIA ANORECTAL ELECTROMIOGRAFIA ANORECTAL POLIETILENGLICOL SOBRES 17GR: DILUIR 1 SOBRE EN 1 VASO DE AGUA Y TOMAR CADA 12 HORAS O EN LAS NOCHES (SEGÚN CÓMO SEA EL ESTREÑIMIENTO) DICLOFANACO 50 MG: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS X 7 DIAS. PREGABALINA 75 MG: TOMAR 1 CAPSULA EN LA NOCHE X 3 MESES. CONSULTA POR COLOPROCTOLOGIA.

CONTROL CON RESULTADOS

Diagnostico Principal: K629 - ENFERMEDAD DEL ANO Y DEL RECTO, NO ESPECIFICADA
Finalidad: 10 - **Causa Externa:** 13 - **Tipo Diagnostico:** 1 - Impresion Diagnostica

FORMULA MEDICA

POLIETILENGLICOL SOBRES 17 GRAMOS # (180)
DILUIR 1 SOBRE EN 1 VASO DE AGUDA CADA 12 HORAS X 3 MESES

DICLOFENACO 50 MG TABLETA # (21)
TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS X 7 DÍAS

PREGABALINA TABLETAS DE 75 MG # (90)
TOMAR 1 CAPSULA EN LAS NOCHES X 3 MESES

SOLICITUD DE SERVICIOS:

[ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL SOD] # (1)
PACIENTE CON TRASTORNO EVACUATORIO Y DOLOR ANORECTAL

[MANOMETRIA ANO RECTA DE ALTA RESOLUCION] # (1)
PACIENTE CON TRASTORNO EVACUATORIO Y DOLOR ANORECTAL

[ULTRASONOGRAFIA DE RECTO] # (1)
PACIENTE CON TRASTORNO EVACUATORIO Y DOLOR ANORECTAL

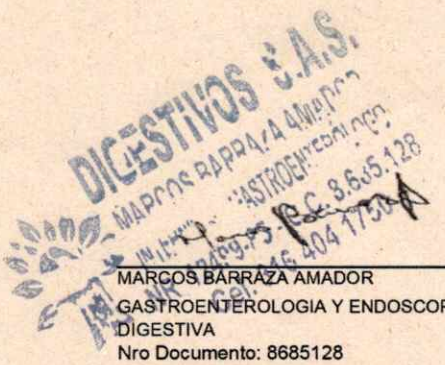
SOLICITUD DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA:

PACIENTE REMITIDO A: **COLOPROCTOLOGIA**

PACIENTE CON TRASTORNO EVACUATORIO Y DOLOR ANORECTAL

PACIENTE REMITIDO A: **GASTROENTEROLOGIA**

CONTROL CON RESULTADOS



MARCOS BARRAZA AMADOR
GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Nro Documento: 8685128
Nro. Registro:12499-85