¿No existe interferencia con otro tipo de trabajos?	X	✓	✓	✓				Trabajos simultaneos con CVA
¿Se cuenta con la señalización vial y desegunidad tanto diurna como nocturna?	✓	✓	✓	✓				Adecuación señalización por parte CVA
¿Está dispuesta la protección perimetral a una distancia prudencial de los bordes de la perforación?	✓	✓	✓	✓				
¿Las barreras y topes de seguridad están ubicados y señalizados en las proximidadesdel talud o borde de la excavación para evitar sobre cargas en el terreno y posibles vuelcosde la maquinaria?	✓	✓	✓	✓				
¿El personal fue instruido para permanecer fuera del radio de acción de las máquinas?	✓	✓	✓	✓				
¿Los operarios realizan la estabilización de los equipos y máquinas de elevación y perforación?	✓	✓	✓	✓				
¿El personal está fuera de las zonas muertasde visibilidad para el operario de la maquinaria dispuesta en sitio?	✓	✓	✓	✓				
¿El trabajador fue informado de las operaciones próximas a realizar, así como sobre los riesgos inherentes a los trabajos con materiales y suministros?	✓	✓	✓	✓				

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Inspector SST la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios	FECHA (DD-MM-AA)	VALIDEZ (Horas) DESDE	VALIDEZ (Horas) HASTA	FIRMA INGENIERO RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA INSPECTOR SST	TAREA	OBSERVACIONES
1	27-04-26	07:00 am	20:00		Tatiana Fuentes	Perforacion - Izaje - vaciado	
2	28-04-26	07:00 am	20:00		Tatiana F	Perforacion - Izaje - vaciado	
3	29-04-26	07:00 am	20:00		Tatiana F.	Perforacion - Izaje - vaciado	
4	30-04-26	07:00 am	19:30		Tatiana F	perforacion - Izaje vaciado	
5							
6							
7							

PERSONAL AUTORIZADO A INGRESO

LAS MEDIDAS ESTAN ENTENDIDAS Y SERAN REALIZADAS POR:

NOMBRE Y APELLIDO	CC	CARGO	EPS	AFP	ARL	FIRMA
Vicente Cortez	1045907232	Aparejador			Colpatria	
Ruben Arteaga	1140638240	Soldador	Sanitas	Porvenir	Alfa Colpatria	
Roseverson	925 211 30	Rose Arrieta			Colpatria	Operador
Jhon Julio Pedroza	1143465661	Ingeniero R.	SANITAS	PORVENIR	ALFA COLPATRIA	

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

PERSONALMENTE DECLARAMOS QUE: El trabajo ha sido terminado, el sitio y el equipo quedan en condiciones seguras, el área limpia y libre de residuos de materiales.

Responsable Área (Nombre-firma)	Jhon Julio Pedroza	FECHA Y HORA DEL CIERRE DEL PERMISO				Inspector SST (Nombre-firma)	Tatiana Fuentes
		30	04	2026	19:00		Tatiana F.

Powered by CamScanner

nueva eps

NIT. 900.156.264-2

NUEVA EPS S.A
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD
EMISIÓN DE INCAPACIDAD

Pág. 1 de 1

Estado TRANSCRITA **Consecutivo** 7003273029 **Nro. Incapacidad EPS** 0013042160

Grupo servicio 01 - Consulta externa **Modalidad servicio** 01 - Intramural **No. de Aut Servicio** 7133696378

Cotizante CC-9729567 PEDRO ANTONIO CHILITO DELGADO **Edad** 47 Años **T. Trabajador** DEPENDIENTE

Fecha Recepción 09/04/2026 **Fecha Expedición** 09/04/2026

Empleador NT-901951556 CONSORCIO VIAL ARMENIA

IPS NT-800065396 IDIME ARMENIA SEDE FUNDADORES **Codigo REPS** 630010141501

Dias Incapacidad 3 **Fecha Inicio** 08/04/2026 **Fecha terminación** 10/04/2026

Prorroga NO

Diagnostico Ppal M549 **Diagnostico Secundario** NO REGISTRA

Contingencia Enfermedad General

Causa que motiva la atención TENGO UN DOLOR EN LA ESPALDA

Incapacidad retroactiva SI **Motivo** Urgencia o internación del afiliado

Presunto Origen Comun

Tipo Incapacidad AMBULATORIA **Procedimiento Estetico decreto 047/2000 art 3** NO

Código Servicio Médico 890201 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Profesional Reg Med ANDRES MAURICIO RAMIREZ GARCIA CC 9773254 **Especialidad Med** MEDICINA GENERAL

Lugar de expedición ARMENIA ANTIOQUIA - 5059 **Ingreso Base de Liquidación**

Señor(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado están sujetos a verificación, por lo tanto, éstos pueden ser modificados. Si [illegible], si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podrá realizarlo a través de nuestro portal web www.nuevaeps.com.co o [illegible] la oficina de atención más cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operación, deberá adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez: Persona Jurídica: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de Cámara y Comercio (original no mayor a 30 días) o certificado de existencia y representación legal, además de la certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos. Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador y una certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Fecha de Impresión 09/04/2026 07:04:20 Impreso por:

Powered by CamScanner

HISTORIA CLÍNICA
URGENCIAS

Nº Historia Clínica: 9729567

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: PEDRO ANTONIO CHILITO DELGADO
Fecha Nacimiento: 16/mayo/1978 **Edad:** 47 Años / 10 Meses / 21 Días
Dirección: P DEL EDEN MN D 34
Procedencia: ARMENIA
Identificación: 9729567 **Sexo:** Masculino
Estado Civil: UnionLibre
Teléfono: 3104045551
Ocupación: CONSTRUCTORES DE CASAS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Plan Beneficios: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO EVENTO
Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: CUOTA MODEDORA A 5000

Cuello: NO MASAS NI MEGALIAS
Torax: EXAMEN DE TÓRAX: TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, SIMÉTRICO. AUSCULTACIÓN CARDIACA CON RUÍDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ADECUADO TONO Y TIMBRE, SIN SOPLOS. AUSCULTACIÓN PULMONAR CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS.
Abdomen: PLANO, SIN LESIONES A LA INSPECCIÓN, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, ADECUADA FRECUENCIA. BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
Dorso: ESPOASMO MUCUSLA RA NIVEL DE TERRITORIOD E TRAPECIO LADO DERECHO
Extremidades: MOVILES UEOTRICAS
Genitourinario: NO VALROADO
Neurologico: NO HAY DEFCIT
Examen mental: NTOMAL
Piel: NORMAL

Presenta Edema?
Sintomatico Respiratorio: NO

DIAGNOSTICO

CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRINCIPAL
M624	CONTRACTURA MUSCULAR	☑

PLAN DE MANEJO

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	INTRAHOSPITALARIO
17145-09	Naproxeno 250 mg Tableta	15	☐
1 CADA 8 HORAS			
19948782-3	Metocarbamol 750mg Tableta	15	☐
1 CADA 8 HORAS			

PLAN ANALISIS

PACIENTE CONCUADRO DE CONTRACTURA MSUCUALR, SE INDICA AMNEJO SINTOMATICO ANALGESIA, ALTA CON FRMULA MEDICA INCAPACIDAD POR EL DIA DE HOY

EDUCACIÓN AL PACIENTE

SE EXPLICA AL PACIENTE SU CONDIOCN CLINICA ACTAUL Y LAS MEIDDAS A SEGRUI

INDICACION MEDICA

INTERVENCIONES PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

☐ Consulta valoracion odontologica	☐ Higiene oral ☐ Vacunación	☐ Tamizaje cancer de cuello uterino
☐ Tamizaje de mama (mamografia)	☐ Ecografia de mama o mamografi	☐ Tamizaje colon y recto (colonoscopia)
☐ Consulta preconcepcional	☐ Control Prenatal	☐ Planificación Familiar
☐ Educacion individual	☐ Educacion familiar	☐ Educacion grupal
☐ Atencion basica pra intervenciones del PIC	☐ Trabajo social	☐ Valoracion lactancia materna
☐ Examen clinico de mama	☐ Tamizaje cancer de prostata (PS	☐ Valoracion curso de vida

Profesional: 9729722 - SOTO MUÑOZ BLADIMIR
Registro: 9729722
Especialidad: 385 - * MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [RED SALUD ARMENIA E.S.E] NIT [801001440-8]

(Ocbn)
[PTARTRIA] 5.15 pm
$500

Clínica Central del Quindío
Calidad médica que abraza

CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO SAS

900848340

TARJETA TRIAGE

INGRESO 09/04/2026 12:16:01 **SALIDA** 09/04/2026 12:18:10

PACIENTE: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES **HISTORIA:** 1094960010
IDENTIFICACION: 1094960010 **EDAD ACTUAL:** 29 AÑOS **SEXO:** Masculino **FOLIO:** 4
EMPRESA/EPS: SALUD TOTAL CONTRIB HOSP(URG. CX. .HOSP) *U*

EDAD INGRESO: 29 AÑOS

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: Sistolica 116 Diastolica 80 Media 92 **Temperatura:** 36.00 Axilar
Frecuencia Cardiaca: 87 **Frecuencia Respiratoria:** 21 **Saturación Oxigeno:** 95 **Glasgow** 15
Estado de Hidratación: HIDRATADO **Peso Actual:**
Indice Masa Corporal **Esc. Dolor :**

NEUROLOGICO

TRIAGE (Motivo De Consulta)

TRIAGE IV -

OBSERVACIONES:

ingresapaci enel alservicio de urgencias refiere que esta con malestargeneral cefalea desaliento dolor en la garganta se observa estable signso vitales estables se direciona a citapor eps para vxmedica

ap: n eiga
alergias: neiga

CLASIFICACION TRIAGE 4 - PRIORIDAD IV, Eps no acepta este Grupo

7J.0 *HOSVITAL* *** FIN DEL REPORTE *** **Usuario:** 1096006624

Fecha y Hora: 10 Abr 2026

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS Código: EPS002

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1094960010
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES
Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7
Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO
Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909
Email: CAOC1103@GMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AMBULATORIA
Régimen:
Motivo:
Fecha Vencimiento:
Diagnóstico: J00X
DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
No. Solicitud:
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE

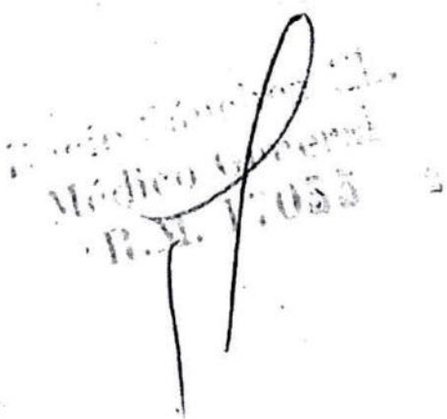
Dias de incapacidad: 2
Fecha inicio incapacidad: 10 Abr 2026
PR - 7186259
Fecha final incapacidad: 11 Abr 2026

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Rocio Sanchez Charary
Teléfono:
NIT: 800003765-1
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL
Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA
Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

Las incapacidades iniciales de 1 y 2 días no requieren ser tramitadas para la transcripción ante la EPS, ya que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general, por lo tanto, es válida para presentar al empleador, de acuerdo al parágrafo 1 del decreto 2943 de 2013 compilado en el artículo 3.2.1.106 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y será enviada al correo electrónico registrado en nuestra base de datos.



DIRECCIONAMIENTO MEDICAMENTOS POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: AUDIFARMA ARMENIA Nit: 816001182 Código: 9837
Dirección: AV BOLIVAR 7 N 82 Teléfono: 7355526
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 1094960010**
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7 Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909 Email: CAOC1103@GMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo: **Fecha Vencimiento: 10 May 2026**
Diagnóstico: J00X - J01.1 DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04102026209767
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
014	15	(quince) MEDICAMENTOS - (CMD 1)- ACETILCISTEINA (SOBRE) GRANULOS PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 200 MG 1 Sobre(s) cada 8 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 SOBRE DISUELTO EN AGUA CADA 8 HORAS -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora **Valor: 0**
Semanas Cotizadas: 67

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Rocio Sanchez Charary Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1094960010
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES
Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7
Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO
Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909
Email: CAOC1103@GMAIL.COM

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP)
Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo:
Fecha Vencimiento: 10 May 2026
Diagnóstico: J00X - J01.1
DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
014	15	(quince) MEDICAMENTOS - (CMD 1)- ACETILCISTEINA (SOBRE) GRANULOS PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 200 MG 1 Sobre(s) cada 8 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -USO: TOMAR 1 SOBRE DISUELTO EN AGUA CADA 8 HORAS -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora
Valor: 0

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Rocio Sanchez Charary
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Cedula: 1015410772
Registro Medico: 1015410772

OBSERVACIONES

COPIA USUARIO - NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

DIRECCIONAMIENTO MEDICAMENTOS POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: AUDIFARMA ARMENIA Nit: 816001182 Código: 9837
Dirección: AV BOLIVAR 7 N 82 Teléfono: 7355526
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 1094960010**
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7 Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909 Email: CAOC1103@GMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - CAPITADO - Capitación
Motivo: **Fecha Vencimiento: 10 May 2026**
Diagnóstico: J00X - J01.1 DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04102026209767
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
006	20	(veinte) MEDICAMENTOS - (CMD 10)-ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 1 Tableta (s) cada 6 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -
406	10	(diez) MEDICAMENTOS - (CMD 10)-NAPROXENO 250 MG TABLETA O CAPSULA 1 Tableta (s) cada 12 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora **Valor: 0**
Semanas Cotizadas: 67

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Rocio Sanchez Charary Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1094960010
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES
Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7
Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO
Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909
Email: CAOC1103@GMAIL.COM

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP)
Régimen: Contributivo - CAPITADO - Capitación
Motivo:
Fecha Vencimiento: 10 May 2026
Diagnóstico: J00X - J01.1
DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
006	20	(veinte) MEDICAMENTOS - (CMD 10)-ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 1 Tableta (s) cada 6 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -
406	10	(diez) MEDICAMENTOS - (CMD 10)-NAPROXENO 250 MG TABLETA O CAPSULA 1 Tableta (s) cada 12 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Cuota Moderadora
Valor: 0

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Rocio Sanchez Charary
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Cedula: 1015410772
Registro Medico: 1015410772

OBSERVACIONES

COPIA USUARIO - NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

FORMULA MEDICA

Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1094960010
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES
Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7
Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO
Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909
Email: CAOC1103@GMAIL.COM

INFORMACIÓN DE LA REMISION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP)
Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo:
Fecha Vencimiento: 10 May 2026
Diagnóstico: J00X - J01.1
DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE DE SERVICIOS/MEDICAMENTOS/DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
218	1	(uno) MEDICAMENTOS - CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 % 500 ML 10 Centímetro(s) cúbico(s) cada 6 Hora(s) por 10 Día(s), vía Intranasal -USO: para lavados nasales a necesidad -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Sin Cobro
Valor: 0

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Rocio Sanchez Charary
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Cedula: 1015410772
Registro Medico: 1015410772

OBSERVACIONES

COPIA USUARIO - NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

DIRECCIONAMIENTO MEDICAMENTOS POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 10 Abr 2026 18:29

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: AUDIFARMA ARMENIA Nit: 816001182 Código: 9837
Dirección: AV BOLIVAR 7 N 82 Teléfono: 7355526
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania **Documento: 1094960010**
Nombre: CARLOS ANDRES OSORIO CORTES Fecha de Nacimiento: 03 Nov 1996
Dirección: BRR LA ESPERANZA MZ K CA 7 Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3145158909 Email: CAOC1103@GMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - POS - Evento
Motivo: **Fecha Vencimiento: 10 May 2026**
Diagnóstico: J00X - J01.1 DP Anterior: 31931-2620039061
Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 04102026209767
Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
218	1	(uno) MEDICAMENTOS - CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 % 500 ML 10 Centímetro(s) cúbico(s) cada 6 Hora(s) por 10 Dia(s), vía Intranasal -USO: para lavados nasales a necesidad -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Sin Cobro **Valor: 0**
Semanas Cotizadas: 67

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Rocio Sanchez Charary Teléfono:
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

INCAPACIDAD

Fecha y Hora: 25 Mar 2026

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis — Código: EPS002

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ
Dirección: CR 19 11C 50
Departamento: (63) QUINDIO
Teléfono Celular: 3107780548

Documento: 14896028
Fecha de Nacimiento: 17 Sep 1960
Teléfono: 0
Municipio: (001) Armenia
Email: RENGIFOPEREZ@HOTMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AMBULATORIA
Motivo:
Diagnóstico: H81.3
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
Origen del servicio: Enfermedad general

Régimen:
Fecha Vencimiento:
DP Anterior: 31931-2617033529
No. Solicitud:

DETALLE

Dias de incapacidad: 2
Fecha inicio incapacidad: 25 Mar 2026
Fecha final incapacidad: 26 Mar 2026

PR - 7144596

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Luisa Fernanda Quiceno Jimenez — Teléfono: — NIT: 800003765-1
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL — Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA — Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

Las incapacidades iniciales de 1 y 2 dias no requieren ser tramitadas para la transcripción ante la EPS, ya que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general, por lo tanto, es válida para presentar al empleador, de acuerdo al parágrafo 1 del decreto 2943 de 2013 compilado en el artículo 3.2.1.106 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y será enviada al correo electrónico registrado en nuestra base de datos.

Luisa Fernanda Quiceno Jimenez REGISTRO. 1007583322

Scanned with CamScanner

Fecha y Hora: 29 Mar 2026

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS Código: EPS002

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 14896028
Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ
Fecha de Nacimiento: 17 Sep 1960
Dirección: CR 19 11C 50
Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO
Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3107780548
Email: RENGIFOPEREZ@HOTMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AMBULATORIA
Régimen:
Motivo:
Fecha Vencimiento:
Diagnóstico: H81.3
DP Anterior: 31931-2617776398
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
No. Solicitud:
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE

PRESENTE ESTE FORMATO EN LA BARRA DE ATENCIÓN PARA QUE LE SEA EFECTUADA LA LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE
Dias de incapacidad: 3
Fecha inicio incapacidad: 29 Mar 2026
PR - 7153882
Fecha final incapacidad: 31 Mar 2026

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Johan Manuel Castaño Amaya
Teléfono:
NIT: 800003765-1
Cargo o Actividad: PROMOCION Y PREVENCION VIRREY
Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA
Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA

OBSERVACIONES

Johan Manuel Castaño Amaya REGISTRO. 1004917025

Scanned with CamScanner

INCAPACIDAD

Fecha y Hora: 06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania	Documento: 14896028
Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ	Fecha de Nacimiento: 17 Sep
Dirección: CR 19 11C 50	Teléfono: 0
Departamento: (63) QUINDIO	Municipio: (001) Armenia
Teléfono Celular: 3107780548	Email: RENGIFOPEREZ@HOT

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AMBULATORIA	Régimen:
Motivo:	Fecha Vencimiento:
Diagnóstico: H81.3	DP Anterior: 31931-2618806
Ubicación del Paciente: Consulta Externa	No. Solicitud:
Origen del servicio: Enfermedad general	

DETALLE

Dias de incapacidad: 2	
Fecha inicio incapacidad: 06 Abr 2026	PR - 7169008
Fecha final incapacidad: 07 Abr 2026	

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Danny Alexander Muñoz Ordoñez	Teléfono: N
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL	Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS MOCAWA	Teléfono: 7314942 3497301
Dirección: (Armenia) CR 14 9 NORTE 16 LC 203 CC MOCAWA	

OBSERVACIONES

VIRHEY SOLIS

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ
Fecha de Nacimiento: 09/17/1960
Edad: 65 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 94346981 (D
Dirección Residencia:
Ciudad Residencia:
Tipo de Vinculación:

Consulta del lunes, 6 de abril de 2026 10:59 AM en VS MOCAWA

Nombre del Profesional: Danny Alexander Muñoz Ordoñez - MEDICINA GENERAL (Registro No. 106
No. Orden de Direccionamiento: 31931-2618806879
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MI

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 04/06/2026 10:59:00
Modalidad de realización la tecnologia de salud: Intramural
Entorno donde se realiza la atención: Institucional
Vía de ingreso del usuario al servicio de salud: Demanda espontanea
Consulta de segundo concepto: No
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Edad: 65 Raza: Mestiza Escolaridad: Técnica
Estado Civil: Casado Ocupación: AGENTES DE VENTAS Y REPRESENTANTES
Actualizar dirección? No
Edad Meses: 787
Identidad de Género: Masculina Orientación Sexual: Heterosexual
Responsable del Usuario
Nombre: patricia pelaez
Parentesco: Esposo(a)
Teléfono: 3107780548
Acompañante
Nombre: Ninguno
Teléfono:

Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ

VIRREY SOLIS

Revisión Por Sistemas

Neurológico: No Refiere

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunohematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Fecha Dilig. Causa de Alergia

04/06/2026

Nombre del alérgeno:

Dr(a) Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:00)

Ant. farmacoterapéutico (SFT)

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA (DX NOV/2025)- DM 2 NO IR (DX NOV/2025)- GASTRITIS- RGE/, Dr(a). Dann

Diabetes Mellitus: No Estado Hipertensión arterial: No HTA

Hospitalarios: NIEGA *,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:23)

Tóxicos: ALCOHOL OCASIONAL *,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 1

Alérgicos: No refiere/, , Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:23)

Hipersensib. MC: Sin establecer,,

Farmacológicos: Losartan+HDTZ 50+12.5 mcg cd dia (mañana) ,Losartan 50 mg cd noche- Metfor
Amlolpino 10 mg cd noche- Esomeprazol 20 m cd 12 horas/, Dr(a). Danny Alexan

Ocupacionales: ASESOR COMERCIAL *,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 1

Venereos: SIFILIS ,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:23)

Quirúrgicos: HEMATOMA EN ABDOMEN, DRENAJE 2008 /,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz O

Transfusionales: NIEGA,HEMOCLASIFICACION O +.,,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez

Traumáticos: NIEGA *,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:23)

Perinatales: NIEGA, ****,, Dr(a). Danny Alexander Muñoz Ordoñez (04/06/2026 10:59:23)

Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ

VIRREY SOLIS

Vacunación

Estado vacunación Covid:	Vacunado	
COVID-19 1 dosis:	PFIZER1**,	Fe
COVID-19 2 dosis:	PFIZER ,,PFIZER, 2021**,	Fe

ENO

Dengue: No

Salud Sexual Hombre

Salud Sexual Hombre

Presentó Espermarca?	No	No
Inicio Relaciones sexuales:	No	Sexualmer
Espermograma de Control:	No Realizado	

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	
Sat O2:	Puntuacion IMC:	Circunferencia cintura:									
1.8	Mts	94	Kg	29.0123	120	80	93	80	19	36	96

TFG

Limite Inferior Edad: 79.5234

Tamizaje Cáncer Próstata

Fecha PSA Tamizaje:

09/19/2025 00:00:00

PSA Tamizaje:

Resultado Biopsia Próstata:

No presenta malignidad

Cuenta con Gleason Score:

Tamizaje visual: No

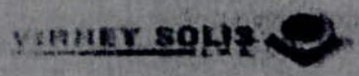
Plan de Estudio y Manejo :

Examen Fisico

Estado General: buen estado general alerta , hidratado, sin signos de dificultad respira

mucosas oral humeda ,conjuntivas normocromicas

Nombre: JHON JAIRO RENJIFO PEREZ



Laboratorios

Glicemia:	143	Fecha Gl:	01/23/2026
HbA1c:	8	Fecha HbA1c:	01/23/2026
Potasio:	4.42	Fecha Potasio:	01/23/2026

Microalbuminuria: 0

Laboratorios ERC 3 a 5

Fosforo Sérico: 0

Albumina: 0

Otros Laboratorios:

SEP 19/2029 SANGRE OCULTA EN HECES FECALES NEGATIVO

Espirometria

Espirometria: Espirometria No

Imagenes Diagnosticas

Otras Imagenes:

13/03/2026: video head impulse test: no se obersvan sacadas de corta ni larga latencia no disminucio conservada en lso 3 canalas semicirculares en ambos oidos.

Sospecha cáncer?: No

Estudio función renal

Estudio 1

Edad 1-1:		65
Peso 1-1:		92
Creatinina 1-1:		1.15
Fecha Creat 1-1:	01/23/2026	
TFG cockroft-gauld 1-1:		83.3333
Creatinina 1-2:		
Creatinina 1-3:		
Relación albuminuria/creatinuria 1-1:		5.11
Fecha ACR 1-1:	01/23/2026	
Proteinas en PO1:	-1	
Estadio ERC 1:	0	

Framingham

Riesgo Cardiovascular