



ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900935126-7

Dirección Cali, Calle 5 38-25 Ed. Plaza San Fernando

Página Web: <http://www.asmetcalud.org.co>

Teléfono (2)5581053, 5581054

Página 1 de 1

Autorización de servicios No

217080345

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización

217080345

Fecha de entrega: 16/02/2026 08:46:55 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-C62	CODIGO: ESSC62
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
NOMBRE:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	NIT	890303461
DIRECCION	CALLE 5 # 38 - 08	CODIGO	760010379901
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO:	CALI
TELEFONO	Ext 1660 - 1661		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTEALEGRE	SOTTO	BRILLYN	YANNE
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	1118260339
EDAD	28 A	SEXO	FEMENINO
TIPO USUARIO	CONTRIBUTIVO	TIPO AFILIADO	COTIZANTE
DIRECCION	AVE 2D NTE # 23AN-116	RANGO SALARIAL	1
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	TELEFONO	3198537716
CORREO ELECTRONICO		MUNICIPIO	YUMBO

MOTIVO AUTORIZACION		SERVICIOS AUTORIZADOS	
ORDEN POS		SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
890226	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA -	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO NO APLICA

CAMA

NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

220968104

FECHA SOLICITUD

16/02/2026 08:44:43

PAGOS COMPARTIDOS

Pagar CUOTA_MODERADORA en la IPS

\$ 5.000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

MARIA CAMILA VIAFARA MONTAÑO

TELEFONO

(2)5581053.

CARGO ASESOR DE SERVICIO JUNIOR

#177930 SAC

MARZO / 20 / 2026

Esta orden es única e intransferible, Sólo Válida en los IPS Autorizadas, Validez 90 días.

Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS

AUTORIZADO COORDINADOR DEMANDA DE SERVICIOS

GESTIÓN TECNOLÓGICA

ASMET SALUD EPS SAS



IDENTIFICACIÓN	
Tipo y número de identificación:	CC 1
Paciente:	BRILLYN YANINE MONTE
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/a)	
Edad y Sexo	28 Años y 2 meses,
Identificador único:	3010579
Ubicación:	ODONTOLOGIA
Servicio:	ODONTOLOGIA

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 13/02/2026 13:36 - Ambulatoria - Ubicación: ODONTOLOGIA

Consulta médica - CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Finalidad: Otra

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS

Motivo de consulta: CITA DE CONTROL CON CONTROL RADIOGRÁFICO POP RESECCIÓN DE QUISTES

Enfermedad actual: PACIENTE FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A CITA DE CONTROL POR LESIÓN DE PARED ALVEOLAR Y MARSUPIALIZACIÓN DE LESIÓN QUISTICA EN SINFISIS MANDIBULAR 05/12/2025 CON HIGIENE Y LAVADOS DEL DISPOSITIVO DE ZONA, ACUDE CON RADIOGRAFÍA TOMADA EL 05/12/2025 AUN CON LESIÓN DE GRAN TAMAÑO EN SINFISIS MANDIBULAR CUANDO SE COMPARA CON LA RADIOGRAFÍA DE 05/12/2025. PACIENTE YA CUENTA CON TRATAMIENTO DE CONDUCTO REALIZADO EN LOS DIENTES DE PREMOYERES SUPERIORES REALIZADAS EL AÑO PASADO. POR EXTENSIÓN DE LA LESIÓN. PACIENTE REQUIERE REALIZACIÓN DE ANESTESIA GENERAL CONSECUENTE CON ENUCLEACIÓN COMPLETA DE LA LESIÓN Y COLOCACIÓN DE PLACA

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 115/75, Presión arterial media(mmHg): 88

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 64 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 12

Escala del dolor: No aplica

Examen Físico:

Aspecto general

Aspecto general : Normal.

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :RADIOGRAFÍA PANORAMICA 13/02/2026

SE EVIDENCIA LESIÓN RADIOLUCIDA QUE SE EXTIENDE DESDE DIENTE 35 HASTA DIENTE 45, CON DIENTE 40 PREVIA NO SE OBSERVA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE TAMAÑO

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - K092 - OTROS QUISTES DE LOS MAXILARES
diagnóstico: 05/12/2025, Edad al diagnóstico: 28 Años y 0 meses.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE DE 28 AÑOS CON HISTORIA YA DESCRITA. ACUDE A CONSULTA CON



IDENTIFICACIÓN
Tipo y número de identificación: CC 1
Paciente: BRILLYN YANINE MONTEALEGRE
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aa)
Edad y Sexo Bi 28 Años y 2 meses
Identificador único: 3010579
Ubicación: ODONTOLOGIA
Servicio: ODONTOLOGIA

HISTORIA CLÍNICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARZÓN"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOQUIRÚRGICOS

Fecha de diligenciamiento :

Yo, BRILLYN YANINE MONTEALEGRE SOTTO, identificado con CC número [REDACTED], manifiesto el pleno uso de mis facultades mentales, siendo y sin actuar bajo presión de ninguna persona, habiendo sido informado(a) de forma completa y adecuada, con un lenguaje claro, sobre:

- La naturaleza de mi enfermedad y su evolución natural.
- Las diferentes alternativas de tratamiento para mi condición actual.
- La naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizará, en la actualidad.
- Los beneficios, riesgos y complicaciones más importantes del procedimiento.
- Los riesgos y complicaciones más importantes derivadas de la no realización del procedimiento.
- El tipo de anestesia que se me aplicará, así como sus posibles riesgos.
- Que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

Certifico que se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza del procedimiento y la autorización. También, he podido formular todas mis inquietudes y se me han respondido. Además, se me ha informado que puedo retirar este consentimiento cuando, sea necesario, oportuno y que podré continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Se me ha informado que mi diagnóstico es quiste odontogénico, y el procedimiento que se me realizará se denomina **enucleación de quiste mandibular**, que consiste en bajo anestesia general, removerlo por completo para posteriormente colocar material de injerto óseo.

He sido informado de que el médico que me realizará el procedimiento será el Dr. [REDACTED] y la anestesia, en caso de ser requerida, será aplicada por el médico o anestesiólogo.



IDENTIFICACIÓN
Tipo y número de identificación: CC 11
Paciente: BRILLYN YANINE MONTEA
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aa)
Edad y Sexo Bi 28 Años y 2 meses,
Identificador único: 3010579
Ubicación: ODONTOLOGIA
Servicio: ODONTOLOGIA

Firma del testigo:

Si requiere información adicional respecto a este procedimiento, o tiene reclamo o sugerencia sobre el proceso de consentimiento informado, trate o solicite orientación en el Centro Integral de Atención al Usuario, primer piso por la puerta principal.

PERSONAL DE SALUD QUIEN SOLICITA EL CONSENTIMIENTO:

Nombre :
Documento de Identidad:
Profesión/Especialidad:
Firma del solicitante del consentimiento:

PERSONAL DE SALUD QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO (EN CASO QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO):

Nombre : _____
Documento de Identidad: _____
Profesión/Especialidad: _____
Firma del profesional que realiza el procedimiento :

Debe imprimir este consentimiento informado para firmar manualmente

DENEGACION O REVOCAMIENTO :

Yo, _____, identificado con No. _____, expedida en _____, en calidad de _____, después de haber sido informado de la naturaleza, los riesgos y las posibles complicaciones del procedimiento a efecto de tomar una decisión libre y consciente la DENEGACIÓN/REVOCACIÓN para su realización, haciendo constar las consecuencias que pueda traer esta decisión.

Firma: