COMFENALCO VALLE

CONSULTA MEDICINA LABORAL

Unidad Atención:	MEDICINA LABORAL	Fecha Ingreso:	19/08/2025 08:48:00
Documento:	**CC 31972840**	Registro Nro:	**9641380**
Paciente:	**RODRIGUEZ MARTHA CECILIA**	Fecha Atención:	19/08/2025 09:37:00
Fecha Nacimiento:	27/04/1966 Edad: 59 años 3 meses 22 dias	Género:	Femenino
Dirección:	KR 17 G 1 27 43 Telefono: 4436149	Ciudad:	CALI
Estado Civil:	Soltero(a) Religión: Catolica	P. Etnica:	Negro(a)
Ocupación:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Escolaridad:	Básica Secundaria
Correo Electrónco:	NO REFIERE	Vict. Conflicto Armado:	
Empresa:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO DEL VALLE DEL CAUCA	Discapacidad:	Sin discapacidad
Plan:	MEDICINA LABORAL		

Diagnosticos

M797 FIBROMIALGIA

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA

Acompañante : Sin acompañante

Parentesco: No diligenciado

Categoria: No diligenciado

MOTIVO CONSULTA

Motivo Consulta: Otro

Descripción Otro Motivo Consulta: "Me mandaron de clinica del dolor para que me viera el medico laboral"
Usuaria asiste a entrevista de medicina laboral, direccionada por el servicio de medicina del dolor, para calificacin de PCLO

INFORMACIÓN GENERAL

Fondo de Pensión: Colpensiones

Administradora Riesgo Laboral: Sura

Lateralidad: Derecho

Empresa actual: Representaciones e inversiones Elite - subcidiado

Cargo Empresa: Oficios varios - aseo

Antiguedad en el cargo: 4 años

Funciones en la empresa: Realizar actividades de aseo para colegio, tales como barrer, trapear, limpiar, lavar baños.
Se encuntra en estado subcidiado.

INCAPACIDAD

Observaciones: no tiene

Concepto Rehabilitación 1: No Aplica

Concepto Rehabilitación 2: No Aplica

ANTECEDENTES PERSONALES

Patologico: Fibromialgia , Hipertiroidismo , trastorno cognitivo leve , espondiloartritis lumbar , trastorno ansioso reactivo

Antecedentes Farmacológicos: metimazol , tramadol+ acetaminofen , pregabalina , duloxetina

COMFENALCO VALLE

CONSULTA MEDICINA LABORAL

Análisis: Usuaria con accidente de trabajo lesion en tobillo refiere tambien la lesion del hombro fue AT pero no esta calificada como talpor eso la ha a sumido la EPS , tiene tambien enfermedad de graves , tirotoxicosis , hipertiroidismo , trastorno mixto de ansiedad y depesion , fibromialgia , trastorno cognitivo leve en seguimiento , espondilo artritis axial ? , en manejo por medicna del dolor no aporta seguiminetos actualizados de ninguna otra especilidad ni aporta HC y estudios ue validen lo escrio por los medicos de medicna del dolor , por talmotivo se separa HC y estudios que ayudan como soporte para PCLO y se entregaautorizaciones ordenes y formulas medicas que no se usan para dicho proceso . el dia de hoy se pide valoracion por endocrinologia , reumatologia , gamagrafia osea , pruebas neuropsicologicas , valoraciones de psiquiatria y valoracion de psiquiatria

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA Hipertiroidismo sin seguimiento desde Diciembre dle año 2024
LABORATORIO CLINICO	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) ULTRASENSIBLE
MEDICINA NUCLEAR	GAMAGRAFIA OSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)
OTROS PROCEDIMENTOS [	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)
RESONANCIA MAGNETICA	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE
TOMOGRAFIAS	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

NOTAS ACLARATORIAS A LA EVOLUCION

Fecha: 19/08/2025 10:34:00 Firma: OLGA LUCIA GOMEZ HERRERA

Nota aclaratoria: Sesolicitata valoracione sy estudios requerido s para la calificaicon solicitada pro medican del dolor , debe aportar historia laboral

OLGA LUCIA GOMEZ HERRERA
Especialidad: Medicina del trabajo
Registro Profesional: 29117050

Fecha: 2025-09-11 **Hora:** 08:59:28 **Valida Hasta:** 10-mar.-2026 00:00 **Fecha mínima de uso:** 2025-09-11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE" -CM

CODIGO: EPSS12

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre: NEW BIOLOGY S.A.S **NIT** 900464195 -3

Código:

Teléfono: 3054035696

Dirección prestador: CARRERA 42 No. 7 - 69

Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
RODRIGUEZ		MARTHA	CECILIA

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía **Número de Identificación:** 31972840

Fecha de Nacimiento: 1966-04-27 **Dirección de Residencia:** KR 17 G 1 27 43

Teléfono: 4436149 **Teléfono celular:** 3166554848 **Correo electrónico:** CORDINADORELITECALI@GMAOM

Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI

Plan: Movilidad Régimen Subsidiado **Nivel:** 04. Subsidiado Nivel 1 SISBÉN

SERVICIOS AUTORIZADOS

Grupo Servicios: Consulta externa

Modalidad de realización de la tecnología en salud: Intramural

Código	Entrega	Cant	Descripción	Valor copago	Descripción excepción copag
883210	1	1	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 0	Ley 1122 de 2007 población exceptuad

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: Reclamo de tiquete, bono o vale de pago:

Recaudo del prestador Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
Cuota moderadora	$ 0	
Copago	$ 0	
Cuota de recuperación		
Otro		

Descripción excepción cuota moderadora:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: cmmenesess

Cargo: Auxiliar servicios salud **Telefono:**

Para verificar la validez de la autorización ingrese a la siguiente URL

https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Pages/AutorizacionConsulta.aspx?autId=b76de7be-6810-4e04-9693-46f2418b68ac

o puede escanear el código QR de la derecha con su teléfono

EPS delagente
Una alianza Comfenalco Valle

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS delagente
Movilidad Régimen Subsidiado

La EPS delagente, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 31972840
Apellidos:	RODRIGUEZ
Nombres:	MARTHA CECILIA
Ficha Sisben:	0000000000000
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	13/10/2021
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	CALI
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD SAS	KR 8 # 52-164	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Articulo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 13 de Septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos
EPS delagente

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Generado por: CLAUDIA XIMENA ZABALA

Vigilado Supersalud

Anexo técnico 1

Acercar Alejar Ancho página Alto página 100% Guardar Imprimir

Fecha: 2025-09-11 **Hora:** 09:04:19 **Valida Hasta:** 10-mar.-2026 00:00 **Fecha mínima de uso:** 2025-09-11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE" -CM

CODIGO: EPSS12

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre: NEW BIOLOGY S.A.S **NIT** 900464195 -3

Código:

Teléfono: 3054035696

Dirección prestador: CARRERA 42 No. 7 - 69

Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
RODRIGUEZ		MARTHA	CECILIA

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía **Número de Identificación:** 31972840

Fecha de Nacimiento: 1966-04-27 **Dirección de Residencia:** KR 17 G 1 27 43

Teléfono: 4436149 **Teléfono celular:** 3166554848 **Correo electrónico:** CORDINADORELITECALI@GMAOM

Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI

Plan: Movilidad Régimen Subsidiado **Nivel:** 04. Subsidiado Nivel 1 SISBÉN

SERVICIOS AUTORIZADOS

Grupo Servicios: Consulta externa

Modalidad de realización de la tecnología en salud: Intramural

Código	Entrega	Cant	Descripción	Valor copago	Descripción excepción copag
879111	1	1	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 0	Ley 1122 de 2007 población exceptuad

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: Reclamo de tiquete, bono o vale de pago:

Recaudo del prestador Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
Cuota moderadora	$ 0	
Copago	$ 0	
Cuota de recuperación		
Otro		

Descripción excepción cuota moderadora:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: cmmenesess

Cargo: Auxiliar servicios salud **Telefono:**

Para verificar la validez de la autorización ingrese a la siguiente URL

https://portal.epsdelagente.com.co/Publico/BoxaludPublico/Pages/AutorizacionConsulta.aspx?autId=13f7250a-89f6-4aa6-948f-290de642a464

o puede escanear el código QR de la derecha con su teléfono