EPS delagente
Una marca Comfenalco Valle

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS delagente
Régimen Contributivo

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 12201910
Apellidos:	CALDERON GALINDO
Nombres:	PEDRO JOSE
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Pensionado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/07/2009
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	CALI
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

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

Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

EPS diligente

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Prescripción. 1220191020250912

NÚMERO AUTORIZACIÓN 122300961951

Fecha: 2025-09-12 **Hora:** 09:26:50 **Valida Hasta:** 11-mar.-2026 00:00 **Fecha mínima de uso:** 2025-09-12

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

CODIGO: EPS012

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

CALDERON	GALINDO	PEDRO	JOSE
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía **Número de Identificación:** 12201910

Fecha de Nacimiento: 1983-11-07 **Dirección de Residencia:** CL 59 24B 81

Teléfono: 0 **Teléfono celular:** 3122769905 **Correo electrónico:** CAROPE-25@HOTMAIL.COM

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

Plan: Régimen Contributivo **Nivel:** 01. Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV

SERVICIOS AUTORIZADOS

Grupo Servicios: Consulta externa

Modalidad de realización de la tecnología en salud: Intramural

Código secreto	Código	Entrega	Cant	Descripción	Valor copago	Descripción excepción copago
1062	879430	1	1	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 0	No aplica deducible

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=9ae6726f-5f26-4c99-a26f-2537269b8e45

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

CLINICA NUEVA DE CALI SAS
EPICRISIS 04/09/2025 16:13:00

Primera Evolución: 04/09/2025 12:47:0 **Registro:** 3236486 **Historia Clínica Nro:** 12201910

Paciente: PEDRO JOSE CALDERON GALINDO **Identificación:** CC 12201910

Sexo biológico: MASCULINO **F. Nacimiento:** 07/11/1983 **Edad:** 41 años 9 meses 27 dias

Servicio Ingreso: URGENCIAS **Fecha Hora Ingreso:** 04/09/2025 10:16:00

Direccion: CL 59 24B 81 **Teléfono:** 3122764905

Dias Hospitalización: 0 dias **Plan:** COMFENALCO VALLE CONTRIBUTIVO

Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO DEL VALLE DEL CAUCA

Servicio Egreso: URGENCIAS **Fecha Hora Egreso:** 04/09/2025 16:24:41

Diagnosticos

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

Motivo de Consulta *

MC: TENGO DOLOR EN LA VEJIGA, ME DUELE MUCHO LA URETRA, TENGO POQUITO ORINA, AHORA ME FUE A CORRER Y YA NO PUEDO ORINAR NADA

Reconsultante *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Fecha Consulta Previa *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Fecha Inicio Sintomas *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Descripción Sintomas *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Recibio Atención Domiciliaria *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Tratamiento Domiciliario *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Automedicación *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Contactos *

3122769905
CALE 33 H #24D 10
BARRIO BARBERENA

Enfermedad Actual *

PACIENTE DE 41 AÑOS DE DAD INGRESA AL SERVIVIO DE URGERNVUAS POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLCUION REFIUERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DISURIA, SESANCION DE URGENCIA MICCIONAL, DOLOR EN LA REGION LUMBAR, DISMINUCION DE CHORRO URINARIO. NIEGA FIEBRE,

Revision por Sistema *

LO REFERIDO EN LA ENFMERMEDAD ACTUAL

Antecedentes Quirúrgicos *

VASECTOMIA
FRTACTURA BIMALEOLAR IZQUIERDA

Antecedentes Patológicos *

ENFMERDAD ME NIERE IZQUIERDO

Antecedentes Alergicos *

NIEGA

Antecedentes Farmacológicos *

NIEGA

Antecedentes Toxicos *

NIEGA

Antecedentes Familiares *

NIEGA

NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA DENGUE

SI:__ , NO:__X_

Antecedentes Ginecológicos

NO APLICA

Fecha ultimo parto (dd/mm/aāaa)

NO APLICA

Ha manisfetado su deseo de ser donante de órga

MARCAR POR FAVOR (SI/NO) SOLAMENTE==> NO

¿su familia conoce su decision de ser donante?

MARCAR POR FAVOR (SI/NO) SOLAMENTE==> NO

¿Usted tiene un Documento de voluntad anticipa

MARCAR POR FAVOR(SI/NO) SOLAMENTE==> NO

Hora Nota Retrospectiva (HH:MM)

00:00

Examen Físico

Talla (cm) *	168.00	Sistolica *	127.00	Diastolica *	87.00	Frecuencia Cardiaca	64.00
Frec. Respiratoria *	18.00	Sat Oxigeno(O2)% *	100.00	Temperatura *	36.20	Peso (Kg) *	68.00
IMC *	24.00	Escala del dolor	8.00	NEWS 2 SCORE *	1.00		

Estado General

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, ESTABLE. INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS.

Cabeza y Cuello

NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS. CUELLO MOVIL SIN MASAS, NO ADENOPATIAS.

Cardiopulmonar

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SONCRONICOS CON EL PULSO NO SE AUSCULTAN SOPLOS NI RITMO DE CALOPE. MURMULLO VESICUALR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, TORAX NORMOEXPNSIBLE

Abdomen

BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SE PALPAN MASAS O MEGALIAS. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

Genito Urinario

GU SE OMITE

Extremidades

EXT MOVILES SIMETRICAS, SIN EDEMA. PULSOS PRESENTES. LLENADO CAPILAR DISTAL CONSERVADO, NO CAMBIOS DE LA COLORACION EN LA PIEL

Examen Neurológico

SNC SIN DEFICIT, GLASGOW 15/15

RESULTADOS PRUEBAS RAPIDAS

NO

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

NO

Antecedente Estancia Hospitalaria mayor a 3 día:

SI___ NO_X__

Antecedente de Colonización o Infección

SI____ NO___X_

Paciente Remitido de otra Institución ?

SI___ No__X__

Análisis

PACEINTE DE 41 AÑOS DE DEDAD INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO DE SINTOMAS URINARIOS, DISURIA DOLOR LUMBAR, OLIGURIA, DISMINUCION DE CALIBRE MICCIONAL. SE INDICA TOMA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y MANEJO MEDICO

PLAN

URGENCIAS
LABORATORIOS
ENTREGAR FRASCO DE ORINA
DIPIRONA 2 GR EV DU
FLAVOXATO 200 MG VO DU
REVALORAR

Riesgos Identificados

NO

Medidas de Seguridad

NO

Recomendaciones y Signos de Alarma

NO

Vacunado contra Covid19 ?

NO TRAE CARNET

Primera dosis: Fecha Marca

NO TRAE CARNET

Segunda dosis: Fecha Marca

NO TRAE CARNET

Tercera dosis: Fecha Marca

NO TRAE CARNET

Fecha última dosis(dd/mm/aaaa):

NO TRAE CARNET

BIOSEGURIDAD COVID-19

La atención brindada al usuario cumple con los lineamientos de bioseguridad dados por el Ministerio de Salud en cuanto a uso adecuado de elementos de protección personal, lavado de manos y medidas de higiene en general con el fin de evitar el contagio del nuevo coronavirus covid-19

MEDICAMENTOS

101.	DIPIRONA SODICA 1 G/2 ML SOLUCION INYECTABLE	19993036-8
	Cant.: 1 1 Unidad OTRAS INTAVENO 1 dias	
102.	*MEZCLA* DIPIRONA 1 G EN 100 ML SSN 0,9%	
	Cant.: 1 1 Unidad OTRAS INTAVENO 1 dias	
103.	FLAVOXATO 200 MG COMPRIMIDO RECUBIERTO	20026026-1
	Cant.: 1 1 Unidad OTRAS ORAL 1 dias	

ORDENES

Concepto	Servicio	CUPS
LABORATORIO CLINICO	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	903825
	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE	902210
	NITROGENO UREICO (BUN)	903856
	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO	906913
	UROANALISIS	907106
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	901107
	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA AUTOMATICO) (112)	901236

Conducta Urgencias **U**

Estado a la Salida **Vivo**

Paciente: PEDRO JOSE CALDERON GALINDO Docto: 12201910 Registro: 3236486

RESUMEN POR FECHA

04/09/2025 10:16:00 TRATAMIENTO

MANILLA IDENTIFICACION COLOR BLANCO Cant.: 1

04/09/2025 13:11:00 TRATAMIENTO

FRASCO ORINA ADULTO Cant.: 1

APOSITO TEGADERM 6.5CM X 7CM IV ADVANCED REF: 1683 Cant.: 1

TOALLA IMPREGNADA CON ALCOHOL ISOPROPILICO 70% + CLORHEXIDINA 2% Cant.: 4

EQUIPO ADMINISTRACION MACROGOTEO Cant.: 1

CATETER INTRAVENOSO #20 DE SEGURIDAD REF:381834 Cant.: 1

TAPON HEPARINIZADO DE SEGURIDAD Cant.: 1

04/09/2025 16:12:00 RESUMEN

JESUS DAVID PRIETO SCARPETTA MEDICINA GENERAL CC 1144061022



PEDRO JOSE CALDERON
41 AÑOS
REG 3236486
CC 12201910

PCR 0.27,
BUN 19.6, CREATININA 0.99
LEUCOS6.4, NEU 68.8, LINF 24.1, HB 15.4, HTO 46.2 PLAQUETAS 171

UROANALISIS NITRITOS NEGATIVO, LEUCOWE NEGATIVO SANGRE NEGATIVO,

GRAM SIN BACERIAS

PACEINTE DE 41 AÑOS DE EDAD, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO DE SINTOMAS URINARIOS DOLOR LUMBAE Y EN HIPOGASTRIO SE LE TOMARON ESTUDIOS HEMOGRAMA NORLA FUNCION RENAL CONSERVADOM UROANALISIS NO PATOLOGICO , AHORA CON MEJORIA DE LOS SINTOMAS, POR LO TANTO SE CONSIDERA CUADRO SUGESTIVO DE LITIASISI RENAL. SE LE INDICA TOMA DE UROTAC AMBULATORIO SE LE EXPLICA A PACEINTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN

EGRESO
FLAVOXATO 200 MG CADA 8 HORAS
NAPROXENO 500 MG CADA 12 HORAS
TAMSULOSINA 0.4 MG CADA 24 HORA OPOR 15 DIAS
UROTAC CITA DE CONTROL MEDICNA GENRAL

RESUMEN POR FECHA

04/09/2025 16:12:00 TRATAMIENTO

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE VÍAS URINARIAS (UROTAC) Cant.: 1

04/09/2025 16:13:00 EPICRISIS

JESUS DAVID PRIETO SCARPETTA MEDICINA GENERAL CC 1144061022



EPICRISIS

Diagnosticos

N23X COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

EPICRISIS

Conducta Urgencias **Alta de Hospitalización**
Estado a la Salida **Vivo**



JESUS DAVID PRIETO SCARPETTA

Identificación: CC 1144061022
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1144061022