Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

EPS delagente

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Prescripción. 123279668720251031

NÚMERO AUTORIZACIÓN 122301029586

Fecha: 2025-11-06 **Hora:** 10:33:20 **Valida Hasta:** 05-may.-2026 00:00 **Fecha mínima de uso:** 2025-11-06

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

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MARTINEZ	BARRETO	NAHUEL	

Tipo de Identificación: Tarjeta de identidad **Número de Identificación:** 1232796687

Fecha de Nacimiento: 2016-04-18 **Dirección de Residencia:** CL 1 B 68 65 UL ARICA AP 207

Teléfono: **Teléfono celular:** 3147387021 **Correo electrónico:** forajidosdelasletras@gmail.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
1643	870108	1	1	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 0	
8541	870602	1	1	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 0	

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	$ 4.700	
	Copago	$ 0	
	Cuota de recuperación		
	Otro		

Descripción excepción cuota moderadora:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: ycordobar

Cargo: Auxiliar Oper. Supernumerario **Telefono:**

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

https://portal.epsdelagente.com.co/publico/BoxaludPublico/Pages/AutorizacionConsulta.aspx?autId=ade1a8ba-6173-48a4-8019-b6a140aca508

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

EPS delagente

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:	TI 1232796687
Apellidos:	MARTINEZ BARRETO
Nombres:	NAHUEL
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Beneficiario
Tipo de trabajador:	N/A
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	18/04/2016
Departamento de Afiliación:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Afiliación:	CALI
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A CALI CAMBULOS	CARRERA 42 # 7-69 PISO 5 Y 6	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 7 de Noviembre de 2025 a solicitud del interesado.

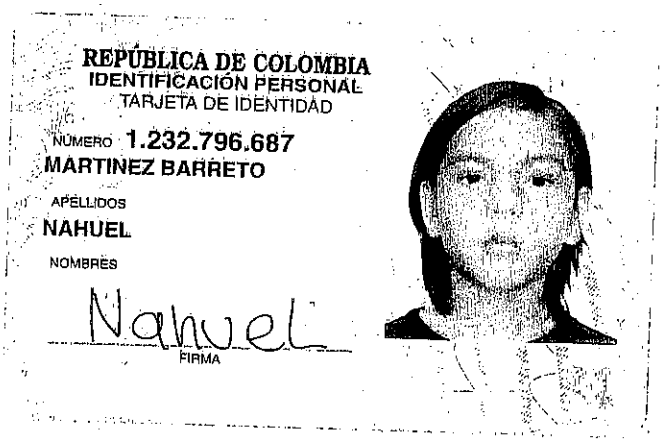
Nahuel Martinez
1232796687

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.

Vanessa B.A Mamá
1144063719

Generado por: CLAUDIA XIMENA ZABALA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.232.796.687
MARTINEZ BARRETO

APELLIDOS

NAHUEL

NOMBRES

Nahuel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-2016
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
18-MAY-2023 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ÍNDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-3100100-01401406-M-1232796687-20231201 0137705109A 2 8510111700

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA Nit 800065396-2

Dirección: Carrera 42 No 7 69 piso 5 y 6 - Cali

12/02/2025 07:38

Orden EXTERNA

Unidad: **CAMBULOS** Capitado: SI

Paciente: **Registro: (8547492) NAHUEL MARTINEZ BARRETO** Dcto: **1232796687**

Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO DEL VALLE DEL Plan: CAMBULOS CONTRIBUTIVO

Tipo Usuario: Contributivo (1) Vigencia: 90 dias

Fecha: **03/02/2025 14:16:00** Edad: 8 años 9 meses 15 dias Hab.: Nivel: **1**

F. Aprueba: 03/02/2025 14:18:30 Usrio: 1130589441

Médico: **LUZ MARINA CRUZ RENGIFO** Triage:

Diagnosticos

K590 CONSTIPACION

J359 ENFERMEDAD CRONICAS DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA

It	Código	Descripcion	Cant	POS?	Información adicional
1	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	1 UNA	POS	
2	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	1 UNA	POS	

Médico:

LUZ MARINA CRUZ RENGIFO

Reg. Méd: 760444-10 Especialidad: Pediatría

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 12/02/2025 07:38:37 Impreso por: ANA LUCIA ANDRADE

602-3691540

ó

Cupp 3212008509

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO SA
Carrera 42 No 7 69 piso 5 y 6 - Cali
ESPECIALIZADA

Unidad Atención:	CAMBULOS	Fecha Ingreso:	03/02/2025 13:37:00
Documento:	**TI 1232796687**	Registro Nro:	**8547492**
Paciente:	**MARTINEZ BARRETO NAHUEL**	Fecha Atención:	03/02/2025 14:16:00
Fecha Nacimiento:	18/04/2016 Edad: 8 años 9 meses 15 dias	Género:	Masculino
Dirección:	CL 30 8 32 Telefono: 4892589	Ciudad:	CALI
Estado Civil:	Soltero(a) Religión: Catolica	P. Etnica:	Ninguna de las anteriores
Ocupación:	NO SE TIENE INFORMACION	Escolaridad:	Básica Secundaria
Correo Electrónco:	NO REFIERE	Vict. Conflicto Armado:	
Empresa:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO DEL VALLE DEL CAUCA	Discapacidad:	
Plan:	CAMBULOS CONTRIBUTIVO		

Diagnosticos

K590 CONSTIPACION

J359 ENFERMEDAD CRONICAS DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA

Acompañante : MADRE
Parentesco: No diligenciado
Categoria: No diligenciado

TAMIZAJE PARA COVID-19

Tiene o ha tenido fiebre, o tos, o dolor de garganta, o dificultad para respirar o malestar general en los últimos 14 días?:	No
Ha tenido de forma reciente alteración en olfato o en el gusto?:	No
Ha reconsultado en últimos 14 días por alguno de estos síntomas?:	No
Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de infección por coronavirus?:	No
Usted ya tuvo un diagnóstico confirmado de COVID (dx por médico, con prueba PCR +)?:	No

Vacunación para COVID?: Si
Numero de dosis: 2
Fecha de ultima dosis: 2021-12-10
Nombre de la vacuna: SINOVAC

MOTIVO CONSULTA

Motivo Consulta: PARA LAS ORDENES

ENFERMEDAD ACTUAL

Enfermedad Actual: 1. SOSPECHA DE OVAS EN CURSO VAL POR OTRL, SOLCITA ACTUALZAICIOND E ORDENES. 2. UROAPATIA OBSTRUCTIVA CATETER 2J , CISTOSCOPIA . 3. NEFROPATIA CRONICA .TOLERA DEITA FAMILIAR . NIEGA DIFICULTAD EN LA MICCION., HABITO INTESTINAL INTERDAIRIO , DOLOROSO.

Paciente: NAHUEL MARTINEZ BARRETO

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. POLIETILENGLICOL 3350 (MACROGOL) POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. ORAL 100 G/100G/17 G
Cant.: 30 17 Gramos C 24 Horas ORAL 30 dias

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
CARDIOLOGIA - PROCEDIM	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
HONORARIOS MEDICOS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA PEDIATRICA
	CONSULTA DE PRIMERA VEZ NUTRICION Y DIETETICA
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO
	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES

LUZ MARINA CRUZ RENGIFO
Especialidad: Pediatría
Registro Profesional: 760444-10

Fecha Impresión: 12/02/2025 07:38:47 Impreso por: ANA LUCIA ANDRADE SARRIA