Aceptar Alejar Anchura página Alto página 100% Guardar Imprimir

Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

EPS delagente

No. Prescripción. 1678679620251104

NÚMERO AUTORIZACIÓN 122301029649

Fecha: 2025-11-06 **Hora:** 10:52:46 **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

URQUIJO	VALENCIA	JOHN	JAIRO
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía **Número de Identificación:** 16786796

Fecha de Nacimiento: 1970-11-28 **Dirección de Residencia:** KR 8 A 72 48

Teléfono: 6622476 **Teléfono celular:** 3137819211 **Correo electrónico:** NICOLURQUIJOMORENO@GMA COM

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

Plan: Régimen Contributivo **Nivel:** 02. Contributivo con IBC entre 2 y 5 SMLMV

SERVICIOS AUTORIZADOS

Grupo Servicios: Consulta externa

Modalidad de realización de la tecnología en salud: Intramural

Código	Entrega	Cant	Descripción	Valor copago	Descripción excepción copag
873420	1	1	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 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	$ 19.200	
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=c5ae3bc9-03df-462d-b3f4-8509ee7be8b7

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 16786796
Apellidos:	URQUIJO VALENCIA
Nombres:	JOHN JAIRO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Dependiente
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	21/08/2016
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 Artículo 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.

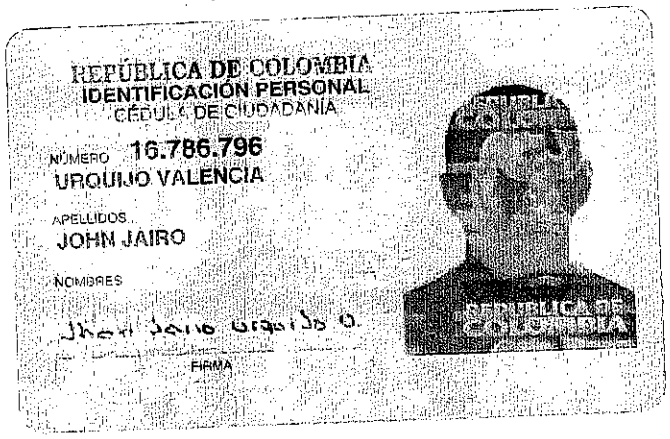
Coordinación Base de Datos
EPS delagente

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.

Jhon Jairo Urquijo
16 786 796

Generado por: CLAUDIA XIMENA ZABALA

Vigilado Supersalud



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 16.786.796
URQUIJO VALENCIA

APELLIDOS
JOHN JAIRO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1970
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-MAY-1989 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-3100100-01253363-M-0016786796-20210901 0075478321A 1 9916820544

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD S.A.S
CARRERA 8 # 52-164
CONSULTA MEDICINA GENERAL

Unidad Atención:	NORORIENTE	Fecha Ingreso:	23/10/2025 06:08:00
Documento:	**CC 16786796**	Registro Nro:	**10020008**
Paciente:	**URQUIJO VALENCIA JOHN JAIRO**	Fecha Atención:	23/10/2025 06:25:00
Fecha Nacimiento:	28/11/1970 Edad: 54 años 10 meses 25 días	Género:	Masculino
Dirección:	KR 8 A 72 48 Telefono: 6622476	Ciudad:	CALI
Estado Civil:	Soltero(a) Religión: Sin Religion	P. Etnica:	Ninguna de las anteriores
Ocupación:	NO SE TIENE INFORMACION	Escolaridad:	Ninguno
Correo Electrónco:		Vict. Conflicto Armado:	No
Empresa:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO DEL VALLE DEL CAUCA	Discapacidad:	
Plan:	NORORIENTE CONTRIBUTIVO		

Diagnosticos
M238 OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA
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?: No
Numero de dosis: 2
Fecha de ultima dosis: 2021-08-20
Nombre de la vacuna: SINOVAC

MOTIVO CONSULTA
Motivo Consulta: DLRO DE LA RODILLA

ENFERMEDAD ACTUAL
Enfermedad Actual: CONSULTA NO PROGRAMADA SE ATIENDE CON EPP CORRESPONDIENTE . EA: PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, COCUASDRO DE ARTRALGIA RODILA BIALTERAL MAS LA DERECHA MAS DE UNMES DE EOVLUCIO MULTIPLES NALGESICOS SIN INGUNA MEJORIA MEDICA PRO LO CUAL CONSULA NO OTRO SITNOAMA ASOCIADO REVISIÓN POR SISTEMAS: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL.

REVISIÓN DE SINTOMAS POR SISTEMA

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD S.A.S
CARRERA 8 # 52-164
CONSULTA MEDICINA GENERAL

CARDIOVASCULAR
Disnea de esfuerzo: SI
Disnea paroxistica nocturna: No
Ortopnea: No
Fatigabilidad y/o debilidad: No

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES
Patologico: HIPOGLICEMIA

Antecedentes Farmacológicos: NIEGA

Con Antecedentes Quirúrgicos?: Si
Antecedentes Quirúrgicos: VASECTOMIA

Antecedentes Traumatológicos: NIEGA

TBC: No
Diabetes: No
Hipertension: No
Infertilidad: No
VIH+: No
Nefropatía: No
Mola: No
Cifoescoliosis: No
Infecciones de Transmision Sexual: 21- Riesgo no evaluado
Asma: No
Rinitis: No
Eventos Cardiovasculares: No
Condicion Medica Grave: No

ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS
Fumador: No
Exfumador: No
Intervención cesación de tabaco: No
Alcohol: No
Consumo de Sustancias Psicoactivas: No
Estimulantes: NIEGA
otros toxicologicos: NIEGA

ANTECEDENTES ALERGICOS
Con Antecedentes Alérgicos?: No
Alimentos: NIEGA
Antibioticos: NIEGA
Ambientales: NIEGAN
Otros Antecedentes Alergicos: IEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES
TBC: No
Diabetes: No

Hipertension: No

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD S.A.S
CARRERA 8 # 52-164
CONSULTA MEDICINA GENERAL

Cancer Cervix: No
Cancer Mama: No
Otro Tipo de Cancer: No

Tiene deseo reproductivo cercano: No
Metodo de Planificacion: 0- No aplica

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS

Sospecha de cancer: No diligenciado
PSA: No
Sintomatico Respiratorio: 3 - No
Victima de Maltrato: No
Victima de Violencia Sexual: 3- No
Hemoglobina: 0 - Si no aplica registre 0
Fecha Toma de Hemoglobina: Si no aplica registrar 1845-01-01
Pretest VIH: No
Posttest VIH: No
Sedentarismo: No
Prueba rapida VIH: NO EVALUADO
Fecha Toma prueba para VIH: Si no aplica registrar 1845-01-01
Prueba rapida SIFILIS: NO EVALUADO
Fecha toma prueba para Sifilis: Si no aplica registrar 1845-01-01

EXAMEN FÍSICO

TENSIÓN ARTERIAL SENTANDO

Sistolica sentado: 120
Distolica sentado: 80

Pulso: 78
Frecuencia respiratoria: 18
Temperatura: 36
Peso en Kilogramos: 71
Talla en Centimetros: 168
Indice de masa corporal: 25.16
Clasificacion Antropométrica:: Sobrepeso
Condiciones generales: INGRESA PACIENTE A CONSULTORIO. ALERTA, CONSCIENTE, UBICADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA **ORL MUCOSAS HUMEDAS, PUPILAS REACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, REFLEJO ROJO PRESENTE, AMIGDALAS NO ERITEMATOSAS, OTOSCOPIA NORMAL **CABEZA SIN PUNTOS GATILLO PRESENTES, CUELLO MOVIL, NO MASAS NO ADENOPATIAS, **C/P TORAX NORMOEXPANSIBLE, MV PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS. **ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, MURPHY NEGATIVO, NO MASAS NI MEGALIAS CN PERISTALTISMO PRESENTE NO ALTERADO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL **G/U SE OMITE **EXT SIMETRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR SIN ALTERACIONES PULSOS PRESENTES ENLAS 4 EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES//DOLRO ALA PALAPCION DE REGION DE LA CARA INTERNA DE RODILLA DERDHA **SNC SIN DEFICIT APARENTE, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES ++/++

Agudeza visual lejana Ojo Derecho: No Aplica
Agudeza visual lejana Ojo Izquierdo: No Aplica
Tacto Rectal: Sin Dato

RESULTADOS EXAMENES PYMS

Uroanálisis: 0 Normal

Creatinina: 999 - Si no tiene el dato registrar 999
Fecha Creatinina: Si no aplica registrar 1845-01-01
Fecha Toma de Albuminuria: Si no aplica registrar 1845-01-01
Sangre oculta en heces: Sin diligenciar
Hemograma: Sin Dato
Resultado Colonoscopia: Riesgo no evaluado
Tamizaje Hepatitis C: No Aplica
Resultado Antigeno de Superficie Hepatitis B: 22- Sin dato
Fecha Antigeno de Superficie Hepatitis B: Si no aplica registrar 1845-01-01
Baciloscopia de Diagnostico: 21- Riesgo no evaluado
Fecha Toma de Baciloscopia de Diagnostico: Si no aplica registrar 1845-01-01

RESUMEN Y COMENTARIOS

Resumen y Comentarios: T D RODILLA DERECHA MANEJO CON TRAMADOL + NAPROXENO SOLCITO RX DE RODILLA DERECHO CONTROLPROCONSULTA ETERNA RECOMENDAICINES SIGNOS DE ALARMza

FINALIDAD CONSULTA Y CAUSA EXTERNA

Finalidad de la consulta: Detección temprana de enfermedad general
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

Fecha Fórmula: 23/10/2025

101. TRAMADOL 50 mg TAB+CAP+COMP
Cant.: 15 1 Unidad C 08 Horas ORAL 5 dias

102. NAPROXENO 500 mg TAB+CAP+COMP
Cant.: 10 1 Unidad C 12 Horas ORAL 5 dias

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL DERECHA

EDWIN FAURICIO SOTO POSADA
Especialidad: Medicina general
Registro Profesional: 16803592

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD S.A.S Nit 815005012-8

Dirección: CARRERA 8 # 52-164

23/10/2025 06:37

Orden EXTERNA

Unidad: **NORORIENTE** Capitado: SI

Paciente: **Registro: (10020008) JOHN JAIRO URQUIJO VALENCIA** Dcto: **16786796**

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

Tipo Usuario: Contributivo (1) Vigencia: 90 dias

Fecha: **23/10/2025 06:25:00** Edad: 54 años 10 meses 25 dias Hab.: Nivel: **2**

F. Aprueba: 23/10/2025 06:29:16 Usrio: 16803592

Médico: **EDWIN FAURICIO SOTO POSADA** Triage:

Diagnosticos

M238 OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA

It	Código	Descripcion	Cant	POS?	Información adicional
1	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL	1 UNA	POS	
		DERECHA			

Médico:

EDWIN FAURICIO SOTO POSADA

Reg. Méd: 16803592 Especialidad: Medicina general

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 23/10/2025 06:37:35 Impreso por: DANA LORENA