

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023172918      **Fecha:** 02/10/2023      **Hora:** 21:54
**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102
**Nombre prestador:** SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA      **Nit/CC:** 890939936  
**Código:** 056150212901 SOMER SA      **Dirección prestador:** CALLE 38 N 54A 35      **Teléfono:** 0  
**Departamento:** ANTIOQUIA      05      **Municipio:** RIONEGRO      615
**DATOS DEL PACIENTE**
**1er Apellido** MOSQUERA      **2do Apellido** COSSIO      **1er Nombre** KELLY      **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil      Tarjeta de identidad      Cédula de ciudadanía       Adulto sin identificación      Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación      **PE:** Nivel Sisben1      **Número de Documento** 1010096264      **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE      **Teléfono:** 3206177219      **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO      27      **Municipio:** QUIBDO      001      **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com
**SERVICIOS AUTORIZADOS**
**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa      Hospitalización       Urgencias      **Especialidad** INFECTOLOGIA  
**Manejo integral según Guía de :**      **Cama**      **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO      **Número de Solicitud Origen:** 4050      **Fecha:** 02/10/2023      **Hora:** 21:54

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	883231	1	USUARIA QUE REQUIERE AYUDA DX
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE	883221	1	USUARIA QUE REQUIERE AYUDA DX
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	883211	1	USUARIA QUE REQUIERE AYUDA DX

**PAGOS COMPARTIDOS**
**Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 1401  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora      Copago      Cuota de recuperación      Otro Cuál  
**Valor en pesos**      **Porcentaje (%)**      **Valor máximo (Tope) en pesos**
**Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB      **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL
**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**
**Nombre :** YIRLI DANESSA VACA PALACIOS      **Teléfono:** 4 6723536      **Teléfono Celular:**
**Caducidad de la Autorización:** 60 días      **Fecha:** 01/12/2023      *Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica*

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023172145 Fecha: 02/10/2023 Hora: 04:15

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa Hospitalización X Urgencias Especialidad INFECTOLOGIA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 2023000124015 Fecha: 02/10/2023 Hora: 04:13

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	10A002	3	INTERNACION POR LOS DIAS 2 3 4 DE OCTUBRE DLE 2023

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo HOSPITALIAZACION SEGUNDO Y TERCER NIVEL Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : SUSAN SINLEIDY ROBLEDO ROBLEDO Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 01/12/2023 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023172139 **Fecha:** 02/10/2023 **Hora:** 03:43**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-CLINICA SOMER CENTRO DE TERAPIA **Nit/CC:** 890939936  
**Código:** 056150212904 **FISICA** **Dirección prestador:** CENTRO DE NEGOCIOS LA AMALITA LOCAL **Teléfono:** 5699999  
2  
**Departamento:** ANTIOQUIA 05 **Municipio:** RIONEGRO 615**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización Urgencias  **Especialidad** INFECTOLOGIA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** R11X  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 2023000439 **Fecha:** **Hora:**

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** MEDICAMENTOS AMBULATORIOS **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** SUSAN SINLEIDY ROBLEDO ROBLEDO **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 01/12/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023172139 **Fecha:** 02/10/2023 **Hora:** 03:43**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-CLINICA SOMER CENTRO DE TERAPIA **Nit/CC:** 890939936  
**Código:** 056150212904 **FISICA** **Dirección prestador:** CENTRO DE NEGOCIOS LA AMALITA LOCAL **Teléfono:** 5699999  
2  
**Departamento:** ANTIOQUIA 05 **Municipio:** RIONEGRO 615**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización Urgencias  **Especialidad** INFECTOLOGIA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** R11X  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 2023000439 **Fecha:** **Hora:**

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** MEDICAMENTOS AMBULATORIOS **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** SUSAN SINLEIDY ROBLEDO ROBLEDO **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 01/12/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 2****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023172145 **Fecha:** 02/10/2023 **Hora:** 04:15**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA **Nit/CC:** 890939936  
**Código:** 056150212901 SOMER SA **Dirección prestador:** CALLE 38 N 54A 35 **Teléfono:** 0  
**Departamento:** ANTIOQUIA **05 Municipio:** RIONEGRO **615****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización  Urgencias **Especialidad** INFECTOLOGIA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 2023000124015 **Fecha:** 02/10/2023 **Hora:** 04:13

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	10A002	3	INTERNACION POR LOS DIAS 2 3 4 DE OCTUBRE DLE 2023

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** HOSPITALIAZACION SEGUNDO Y TERCER NIVEL **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** SUSAN SINLEIDY ROBLEDO ROBLEDO **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 01/12/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023097372**Fecha:** 01/10/2023**Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102

**Nombre prestador:** SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA **Nit/CC:** 890939936  
**Código:** 056150212901 SOMER SA **Dirección prestador:** CALLE 38 N 54A 35 **Teléfono:** 0  
**Departamento:** ANTIOQUIA 05 **Municipio:** RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** Cama **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 16/05/2023 **Hora:** 11:06

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE PACIENTES CON CANCER SEGUN GUIA DE ATENCION	CA0001	1	AUTORIZACION VALIDA PARA PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL DE PACIENTES CON CANCER SEGUN GUIA DE ATENCION

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CANCER **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** KATIA LORENA BEJARANO LEMUS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 360 días **Fecha:** 25/09/2024 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023134799 Fecha: 01/10/2023 Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 27001000007 Dirección prestador: CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 Teléfono: 6712414  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2023 Hora: 13:21

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR CITA DE QUIMIOTERAPIA
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR CITA DE QUIMIOTERAPIA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **934**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo TRANSPORTE Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : DIANNER ASTRID RENTERIA CORDOBA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 30/11/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Médica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023134799 Fecha: 01/10/2023 Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 27001000007 Dirección prestador: CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 Teléfono: 6712414  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2023 Hora: 13:21

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR CITA DE QUIMIOTERAPIA
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR CITA DE QUIMIOTERAPIA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **934**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo TRANSPORTE Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : DIANNER ASTRID RENTERIA CORDOBA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 30/11/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Médica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023141517 **Fecha:** 01/10/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 18/08/2023 **Hora:** 12:52

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO MEDELLIN - QUIBDO	S500011	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE DE REGRESO

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** DIANNER ASTRID RENTERIA CORDOBA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 30/11/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023098719 **Fecha:** 01/07/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 09/06/2023 **Hora:** 15:00

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	2	USUARIA REQUIERE CUMPLIR CITA MEDICA EL DIA 13 DE JUNIO 23

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** KATIA LORENA BEJARANO LEMUS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 30/08/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 2****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023101142 **Fecha:** 01/07/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 15/06/2023 **Hora:** 13:09

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO MEDELLIN - QUIBDO	S500011	2	USUARIA REQUIERE TRANSPORTE DE REGRESO A SU LUGAR DE ORIGEN

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** DIANNER ASTRID RENTERIA CORDOBA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 30/08/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023084743 Fecha: 01/06/2023 Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 27001000007 Dirección prestador: CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 Teléfono: 6712414  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 15/05/2023 Hora: 17:05

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO MEDELLIN - QUIBDO	S500011	2	USUARIA QUE REQUIERE TIQUETE CUMPLIO CITA 12 Y 13 MAYO 2023

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo TRANSPORTE Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : JUAN GUILLERMO VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 31/07/2023 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023081503 **Fecha:** 01/06/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 20/04/2023 **Hora:** 12:13

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	2	USUARIO REQUIERE TRANSPORTE SIN ACOMPAÑANTE PARA CUMPLIR CITA SOMER
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	2	USUARIO REQUIERE TRANSPORTE CON ACOMPAÑANTE POR ORDEN MEDICA PARA CUMPLIR CITA EL 21 DE MAYO 2023 EN LA CLINICA SOMER

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** KATIA LORENA BEJARANO LEMUS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 31/07/2023 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023081503 **Fecha:** 01/06/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** ALTO COSTO **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 20/04/2023 **Hora:** 12:13

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	2	USUARIO REQUIERE TRANSPORTE SIN ACOMPAÑANTE PARA CUMPLIR CITA SOMER
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	2	USUARIO REQUIERE TRANSPORTE CON ACOMPAÑANTE POR ORDEN MEDICA PARA CUMPLIR CITA EL 21 DE MAYO 2023 EN LA CLINICA SOMER

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** KATIA LORENA BEJARANO LEMUS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 31/07/2023 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023083267 Fecha: 11/05/2023 Hora: 17:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 11/05/2023 Hora: 17:43

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903895	1	
TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	903866	1	
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	903867	1	
SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903864	1	
POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903859	1	
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	903809	1	
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	902210	1	USUARIA REQUIERE LABORATORIOS

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **3269**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos**

Centro de Costo LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : KATIA LORENA BEJARANO LEMUS Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 10/07/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023082926

Fecha:

11/05/2023

Hora:

11:14

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 11/05/2023 Hora: 11:06

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	992505	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 QUIMIO 1. Ondansetrón 16 mg iv día 1 Amp 8 mg No 2 2. Fosaprepitant día 1 Amp 150 mg No 1 3. Dexametasona 16 mg iv día 1 Amp 8 mg No 2 4. Metoclopramida 10 mg iv día 1 Amp 10 mg No 1 5. Doxorubicina 108 mg iv día 1 (60 mg/m2) Amp 50 mg No 3 6. Ciclofosfamida 1080 mg iv día 1 (60 mg/m2) Amp 500 mg No 3 7. Pegfilgrastim 6 mg Amp No. 1 8. Ondansetrón Tab 8 mg No 30

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CANCER Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : JOFFRE YESID YURGAKY ANDRADE Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 10/07/2023

Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023066300

Fecha: 01/05/2023

Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 31/03/2023 Hora: 17:52

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	992505	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 QUIMIO 1. Ondansetrón 16 mg iv día 1 Amp 8 mg No 2 2. Fosaprepitant día 1 Amp 150 mg No1 3. Dexametasona 16 mg iv día 1 Amp 8 mg No 2 4. Metoclopramida 10 mg iv día 1 Amp 10 mg No 1 5. Doxorubicina 108 mg iv día 1 (60 mg/m2) Amp 50 mg No 3 6. Ciclofosfamida 1080 mg iv día 1 (600 mg/m2) Amp 500 mg No 3 7. Pegfilgrastim 6 mg Amp No. 1 8. Ondansetrón Tab 8 mg No 30

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CANCER Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : DORLIAN CORDOBA BLANDON Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 30/06/2023

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023066302

Fecha:

01/05/2023

Hora:

00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 31/03/2023 Hora: 17:57

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	890248	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 CONSULTA

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : DORLIAN CORDOBA BLANDON Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 30/06/2023

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023057356 Fecha: 01/05/2023 Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 27001000007 Dirección prestador: CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 Teléfono: 6712414  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 28/03/2023 Hora: 14:00

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	1	USUARIO QUIEN TIENE CITA EL DIA 30 DE MARZO REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR LA MISMA
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	1	USUARIO QUIEN TIENE CITA EL DIA 30 DE MARZO REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR LA MISMA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 934  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo TRANSPORTE Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : YUSSY YARLETH GAMEZ RENTERIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 30/06/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Médica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 2****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023057356 **Fecha:** 01/05/2023 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-AGENCIA DE VIAJES COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 27001000007 **Dirección prestador:** CALLE 23 N 4 31 CALLE 23 N 4 31 **Teléfono:** 6712414  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 28/03/2023 **Hora:** 14:00

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSPORTE AEREO QUIBDO - MEDELLIN	S500010	1	USUARIO QUIEN TIENE CITA EL DIA 30 DE MARZO REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR LA MISMA
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE MEDELLIN - RIONEGRO - MEDELLIN	S5000801	1	USUARIO QUIEN TIENE CITA EL DIA 30 DE MARZO REQUIERE TRANSPORTE PARA CUMPLIR LA MISMA

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** TRANSPORTE **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** YUSSY YARLETH GAMEZ RENTERIA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización: 60 días** **Fecha:** 30/06/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023066298

Fecha: 13/04/2023

Hora: 17:52

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 13/04/2023 Hora: 17:52

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	902210	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 LABORATORIOS
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	903809	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 LABORATORIOS
TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	903866	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 LABORATORIOS
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	903867	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 LABORATORIOS
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903895	1	ORDEN DEL 31 DE MARZO DEL 2023 LABORATORIOS

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 2335  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo LABORATORIO CLINICO SEGUNDO TERCER NIVEL Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : DORLIAN CORDOBA BLANDON Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 12/06/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023054420

Fecha: 01/04/2023

Hora: 16:59

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 23/03/2023 Hora: 16:40

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	903867	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023
TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	903866	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023
NITROGENO UREICO	903856	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	903809	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	902210	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903895	1	USUARIO REQUIERE LAB CON ORDEN 01 DE MARZO 2023

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 2802  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : YUSILA CORDOBA CORDOBA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 31/05/2023 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023051106

Fecha:

01/04/2023

Hora:

08:21

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO

Nit/CC: 891600091

Código: 270010007102

Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57

Teléfono: 6711313

Departamento: CHOCO

27

Municipio: QUIBDO

001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA

2do Apellido COSSIO

1er Nombre KELLY

2do Nombre JOHANA

Identificación: Registro Civil

Tarjeta de identidad

Cédula de ciudadanía

 Adulto sin identificación

Cédula de extranjería

Pasaporte Menor sin identificación

PE: Nivel Sisben 1

Número de Documento

1010096264

Fecha de Nacimiento: 11/06/1994

Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE

Teléfono: 3206177219

Celular:

Departamento: CHOCO

27

Municipio: QUIBDO

001

Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización  Urgencias  Especialidad LABORATORIO CLINICO DE HEMATOLOGIA Y BAN

Manejo integral según Guía de :

Cama

Diagnostico:

C509

Tipo Orden NORMAL

Número de Solicitud Origen: 1

Fecha: 01/03/2023

Hora: 08:12

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
NITROGENO UREICO	903856	1	USUARIA QUIEN REQUIERE LABORATORIOS
TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	903866	1	USUARIA QUIEN REQUIERE LABORATORIOS
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	903867	1	USUARIA QUIEN REQUIERE LABORATORIOS

## PAGOS COMPARTIDOS

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

100%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización

1401

Recaudo del prestador: Cuota moderadora

Copago

Cuota de recuperación

Otro Cuál

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL

Tipo Subsidio

SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : EXOMINA MURILLO MOSQUERA

Teléfono: 4 6723536

Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 31/05/2023

Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Médica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023054201

Fecha: 23/03/2023

Hora: 12:42

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad TUMORES NEOPLASIS  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 23/03/2023 Hora: 12:38

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	898203	1	USUARIO REQUIERE LAB RECEPTORES DE ESTRÓGENOS RECEPTORES DE PROGESTERONA KI67 HER2 P120 Y E CADHERINA
ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	898202	5	USUARIO REQUIERE LAB RECEPTORES DE ESTRÓGENOS RECEPTORES DE PROGESTERONA KI67 HER2 P120 Y E CADHERINA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **934**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

Centro de Costo VIH/SIDA Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : YUSILA CORDOBA CORDOBA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 22/05/2023

Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2021103154 **Fecha:** 27/05/2021 **Hora:** 14:08**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** UNIDAD MEDICA INTEGRAL SAN RAFAEL-UNIDAD MEDICA SAN RAFAEL **Nit/CC:** 900848941  
**Código:** 270010105901 **Dirección prestador:** CARRERA 5 N 30 27 **Teléfono:** 6723252  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** ENFERMEDADESX DEL SISTEMA GENITOURINARIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** N939  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 27/05/2021 **Hora:** 14:07

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	881401	1	

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** ANGELICA MARIA RUIZ **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 26/07/2021 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023038960 Fecha: 02/03/2023 Hora: 04:24

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa Hospitalización Urgencias X Especialidad NO APLICA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: R521  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 569 Fecha: Hora:

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : TANIA ROBLEDO MOSQUERA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 01/05/2023 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023018420

Fecha:

01/03/2023

Hora:

10:52

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO Nit/CC: 901108114  
Código: 270010116901 Dirección prestador: CR 131 25 BRR KENNEDY Teléfono: 6711559  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad CIRUGIA GENERAL  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: O912  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 16/01/2023 Hora: 10:50

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	890335	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : EXOMINA MURILLO MOSQUERA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 30/04/2023

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023031435

Fecha:

21/02/2023

Hora:

00:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

**Nombre prestador:** FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL-FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL **Nit/CC:** 890900518  
**Código:** 050010217501 **Dirección prestador:** CALLE 64 CON CARRERA 51 D **Teléfono:** 4441333  
**Departamento:** ANTIOQUIA 05 **Municipio:** MEDELLIN 001

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización  Urgencias **Especialidad** TUMORES NEOPLASIS  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** C509  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 20/02/2023 **Hora:** 00:12

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MAS CAMAS	10A004	3	ESTANCIA DEL 20 AL 22

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** HOSPITALIAZACION SEGUNDO Y TERCER NIVEL **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** DORLIAN CORDOBA BLANDON **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días**Fecha:** 22/04/2023**Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023011037

Fecha:

01/02/2023

Hora:

22:21

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:**

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización Urgencias  **Especialidad** NO APLICA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** R520  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 122025 **Fecha:** **Hora:**

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** MEDICAMENTOS AMBULATORIOS **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** DORLIAN CORDOBA BLANDON **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días**Fecha:** 02/04/2023**Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2023004332

Fecha:

01/02/2023

Hora:

22:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:**

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización Urgencias  **Especialidad** NO APLICA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** O912  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 169 **Fecha:** **Hora:**

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** MEDICAMENTOS AMBULATORIOS **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** TANIA ROBLEDO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días**Fecha:** 02/04/2023**Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023008481

Fecha: 01/02/2023

Hora: 10:39

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: IMAGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO-IMAGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO Nit/CC: 900319282  
Código: 270010054201 Dirección prestador: CRA 4TA N 28 39 Teléfono: 0946713733  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: O912  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 23/01/2023 Hora: 10:39

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA DE MAMA. CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	881201	1	AYUDA DX.

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ROSMERY MURILLO PALACIOS Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 02/04/2023

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2023000072      **Fecha:** 01/02/2023      **Hora:** 08:43

**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS**      **CÓDIGO:** CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO      **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901      **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY      **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO      27      **Municipio:** QUIBDO      001
**DATOS DEL PACIENTE**
**1er Apellido** MOSQUERA      **2do Apellido** COSSIO      **1er Nombre** KELLY      **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil      Tarjeta de identidad      Cédula de ciudadanía       Adulto sin identificación      Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación      **PE:** Nivel Sisben 1      **Número de Documento** 1010096264      **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:**      **Teléfono:** 3206177219      **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO      27      **Municipio:** QUIBDO      001      **Correo Electrónico:**
**SERVICIOS AUTORIZADOS**
**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa      Hospitalización      Urgencias       **Especialidad** NO APLICA  
**Manejo integral según Guía de :**      **Cama**      **Diagnostico:** Z349  
**Tipo Orden** NORMAL      **Número de Solicitud Origen:** 102004      **Fecha:**      **Hora:**

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	

**PAGOS COMPARTIDOS**
**Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora      Copago      Cuota de recuperación      Otro Cuál  
**Valor en pesos**      **Porcentaje (%)**      **Valor máximo (Tope) en pesos**
**Centro de Costo** MEDICAMENTOS AMBULATORIOS      **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL
**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**
**Nombre :** DORLIAN CORDOBA BLANDON      **Teléfono:** 4 6723536      **Teléfono Celular:**
**Caducidad de la Autorización: 60 días**      **Fecha:** 02/04/2023      *Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica*



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2022243113

Fecha:

01/01/2023

Hora:

11:17

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO

Nit/CC: 891600091

Código: 270010007102

Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57

Teléfono: 6711313

Departamento: CHOCO

27

Municipio: QUIBDO

001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA

2do Apellido COSSIO

1er Nombre KELLY

2do Nombre JOHANA

Identificación: Registro Civil

Tarjeta de identidad

Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación

Cédula de extranjería

Pasaporte Menor sin identificación

PE:

Nivel Sisben 1

Número de Documento

1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994

Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE

Teléfono: 3206177219

Celular:

Departamento: CHOCO

27

Municipio: QUIBDO

001

Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización

Urgencias

Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT

Manejo integral según Guía de :

Cama

Diagnostico:

Z321

Tipo Orden NORMAL

Número de Solicitud Origen: 1

Fecha: 30/12/2022

Hora: 11:14

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	901236	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	906039	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	906127	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	906129	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906131	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906205	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906206	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	906242	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	906243	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.
HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	906332	1	PACIENTE REQUIERE EXAMENES DIAGNOSTICOSK.

## PAGOS COMPARTIDOS

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

100%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización

4670

Recaudo del prestador: Cuota moderadora

Copago

Cuota de recuperación

Otro Cuál

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo SIN DEFINIR

Tipo Subsidio

SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : MISSETH MOSQUERA MATURANA

Teléfono: 4 6723536

Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 02/03/2023

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022222671 **Fecha:** 01/01/2023 **Hora:** 10:46**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** MATERNAL FETAL CARE-MATERNAL FETAL CARE **Nit/CC:** 901269729  
**Código:** 270010125501 **Dirección prestador:** CR 7 30 23 AL ALDO DE LA BOMBA DE ABDO **Teléfono:** 3107461828  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 21/11/2022 **Hora:** 10:44

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	881431	1	AYUDA DX.
PERFIL BIOFISICO	881434	1	AYUDA DX.

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 02/03/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2022241034

Fecha:

01/01/2023

Hora:

09:20

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27** **Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27** **Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 13/12/2022 **Hora:** 09:18

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	USUARIA QUIEN REQUIERE CONTROL POR GINECOLOGIA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CONSULTA ESPECIALIZADA **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** ROSMERY MURILLO PALACIOS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días**Fecha:** 02/03/2023**Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:**

2022232546

**Fecha:**

01/01/2023

**Hora:**

08:16

**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 21/11/2022 **Hora:** 08:15

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CONSULTA ESPECIALIZADA **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 02/03/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022213721 **Fecha:** 01/12/2022 **Hora:** 10:49**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 13125 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** NUTRICION CLINICA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 11/10/2022 **Hora:** 10:44

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	890306	1	USUARIA DE 28 AÑOS DE EDAD REQUIERE CITA DE CONTROL POR NUTRICIÓN Y DIETA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
 Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CONSULTA ESPECIALIZADA **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** ROSMERY MURILLO PALACIOS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 30/01/2023 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 2

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2022213717

Fecha:

01/12/2022

Hora:

10:48

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 13125 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27** **Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27** **Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** GINECOLOGIA ONCOLOGICA  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 11/10/2022 **Hora:** 10:40

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	USUARIA DE 28 AÑOS DE EDAD REQUIERE CITA DE CONTROL POR EL ESPECIALISTA GINECÓLOGO OBTETRICO.

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CONSULTA ESPECIALIZADA **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

**Nombre :** ROSMERY MURILLO PALACIOS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**

**Caducidad de la Autorización:** 60 días**Fecha:** 30/01/2023**Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2022196830

Fecha: 21/10/2022

Hora: 09:11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO

Nit/CC: 891600091

Código: 270010007102

Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57

Teléfono: 6711313

Departamento: CHOCO

27 Municipio: QUIBDO 001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA

2do Apellido COSSIO

1er Nombre KELLY

2do Nombre JOHANA

Identificación: Registro Civil

Tarjeta de identidad

Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación

Cédula de extranjería

Pasaporte Menor sin identificación

PE: Nivel Sisben1

Número de Documento

1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994

Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE

Teléfono: 3206177219

Celular:

Departamento: CHOCO

27 Municipio: QUIBDO

001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización

Urgencias

Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT

Manejo integral según Guía de :

Cama

Diagnostico: Z359

Tipo Orden NORMAL

Número de Solicitud Origen: 1

Fecha: 11/10/2022

Hora: 09:07

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	901235	1	USUARIO QUE REQUIERE LAB
TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	906039	1	USUARIO QUE REQUIERE LAB
HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	906332	1	USUARIO QUE REQUIERE LAB

## PAGOS COMPARTIDOS

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

100%

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización

1401

Recaudo del prestador: Cuota moderadora

Copago

Cuota de recuperación

Otro Cuál

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo SIN DEFINIR

Tipo Subsidio

SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : EXOMINA MURILLO MOSQUERA

Teléfono: 4 6723536

Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 20/12/2022

Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Médica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022196826 **Fecha:** 21/10/2022 **Hora:** 09:07**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** MATERNAL FETAL CARE-MATERNAL FETAL CARE **Nit/CC:** 901269729  
**Código:** 270010125501 **Dirección prestador:** CR 7 30 23 AL ALDO DE LA BOMBA DE ABDO **Teléfono:** 3107461828  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 11/10/2022 **Hora:** 09:04

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	881431	1	USUARIO QUE REQUIERE AYUDA DX

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 20/12/2022 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN:

2022186292

Fecha:

07/10/2022

Hora:

08:44

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO Nit/CC: 901108114  
Código: 270010116901 Dirección prestador: CR 131 25 BRR KENNEDY Teléfono: 6711559  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z359  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 09/09/2022 Hora: 08:40

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	USUARIA QUIEN REQUIERE CONTROL POR GINECOLOGIA

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ROSMERY MURILLO PALACIOS Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días

Fecha: 06/12/2022

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022170869 **Fecha:** 12/09/2022 **Hora:** 12:28**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** MATERNAL FETAL CARE-MATERNAL FETAL CARE **Nit/CC:** 901269729  
**Código:** 270010125501 **Dirección prestador:** CR 7 30 23 AL ALDO DE LA BOMBA DE ABDO **Teléfono:** 3107461828  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001** **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnóstico:** Z358  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 09/09/2022 **Hora:** 12:15

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	881401	1	USUARIA DE 28 AÑOS DE EDAD REQUIERE AYUDA DX.
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	881435	1	USUARIA DE 28 AÑOS DE EDAD REQUIERE AYUDA DX.
ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	881437	1	USUARIA DE 28 AÑOS DE EDAD REQUIERE AYUDA DX.

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 1401  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** SIN DEFINIR **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 11/11/2022 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022157571 **Fecha:** 01/09/2022 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102

**Nombre prestador:** NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO **Nit/CC:** 901108114  
**Código:** 270010116901 **Dirección prestador:** CR 131 25 BRR KENNEDY **Teléfono:** 6711559  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001**

**DATOS DEL PACIENTE**

**1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z359  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 04/08/2022 **Hora:** 12:21

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	890206	1	USUARIA QUIEN REQUIERE DE VALORACIÓN.

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
 Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos**

**Centro de Costo** CONSULTA ESPECIALIZADA **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 31/10/2022 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2022157575 Fecha: 01/09/2022 Hora: 00:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASIS-NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO Nit/CC: 901108114  
Código: 27001011690 Dirección prestador: CR 131 25 BRR KENNEDY Teléfono: 6711559  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z359  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 04/08/2022 Hora: 12:23

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890250	1	USUARIA QUIEN REQUIERE DE VALORACIÓN.

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : EXOMINA MURILLO MOSQUERA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 31/10/2022 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2022144072 **Fecha:** 04/08/2022 **Hora:** 08:41**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** MATERNAL FETAL CARE-MATERNAL FETAL CARE **Nit/CC:** 901269729  
**Código:** 270010125501 **Dirección prestador:** CR 7 30 23 AL ALDO DE LA BOMBA DE ABDO **Teléfono:** 3107461828  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:** kellymosquera10100@gmail.com**SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** Z321  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 28/07/2022 **Hora:** 08:39

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	881432	1	AYUDA DX.

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** EXOMINA MURILLO MOSQUERA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 03/10/2022 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****COPIA 1****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2021219054 **Fecha:** 29/09/2021 **Hora:** 08:16**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 270010007102 **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57 **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** ENFERMEDADESX DEL SISTEMA GENITOURINARIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** N63X  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 29/09/2021 **Hora:** 08:13

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	906225	1	USUARIA QUIEN REQUIERE DE LABORATORIO CLINICO

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** LABORATORIO CLINICO SEGUNDO TERCER NIVEL **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** MARTHA LUCIA GARCIA RIVAS **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 28/11/2021 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2021219049 Fecha: 29/09/2021 Hora: 08:13

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: IMAGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO-IMAGENES DIAGNOSTICAS DEL CHOCO Nit/CC: 900319282  
Código: 270010054201 Dirección prestador: CRA 4TA N 28 39 Teléfono: 0946713733  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad ENFERMEDADESX DEL SISTEMA GENITOURINARIO  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: N63X  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 29/09/2021 Hora: 08:09

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA DE MAMA. CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	881201	1	USUARIA QUIEN REQUIERE DE AYUDAS DIAGNOSTICA

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : MARTHA LUCIA GARCIA RIVAS Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 28/11/2021 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2021122946 **Fecha:** 07/07/2021 **Hora:** 00:00**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 270010007102 **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57 **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001****DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización  Urgencias **Especialidad** EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** O034  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 25/06/2021 **Hora:** 12:02

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	TRAIGO LA ECOGRAFIA
INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	S11202	1	TRAIGO LA ECOGRAFIA

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** HOSPITALIAZACION SEGUNDO Y TERCER NIVEL **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** MISSETH MOSQUERA MATURANA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 24/08/2021 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2021106681 **Fecha:** 02/06/2021 **Hora:** 14:10**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS****CÓDIGO:** CCF102**Nombre prestador:** ORTOPEDICOS DEL PACIFICO-ORTOPEDICOS DEL PACIFICO **Nit/CC:** 900189713  
**Código:** 270010032201 **Dirección prestador:** CARRERA 5 N 30 43 **Teléfono:** 6707530  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **PE:** Nivel Sisben1 **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO **27 Municipio:** QUIBDO **001 Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** O034  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 02/06/2021 **Hora:** 14:09

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	881401	1	

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 467  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Valor máximo (Tope) en pesos****Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Tipo Subsidio** SUBSIDIO TOTAL**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** ANGELICA MARIA RUIZ **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:****Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 01/08/2021 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2023172920 Fecha: 02/10/2023 Hora: 22:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS

CÓDIGO: CCF102

Nombre prestador: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA SOMER SA-SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SA Nit/CC: 890939936  
Código: 056150212901 SOMER SA Dirección prestador: CALLE 38 N 54A 35 Teléfono: 0  
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: RIONEGRO 615

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación PE: Nivel Sisben1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico: kellymosquera10100@gmail.com

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa Hospitalización X Urgencias Especialidad INFECTOLOGIA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: C509  
Tipo Orden ALTO COSTO Número de Solicitud Origen: 4027 Fecha: 02/10/2023 Hora: 22:06

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones
RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	883101	1	USUARIA QUE REQUIERE AYUDA DX

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (Tope) en pesos

Centro de Costo IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB Tipo Subsidio SUBSIDIO TOTAL

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : YIRLI DANESSA VACA PALACIOS Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:

Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 01/12/2023 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019199702 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:13

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z321  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:10

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	890208	1	paciente requiere de valoración por medicina especializada	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo **0** Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo PYP - DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULT Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: **60 días** Fecha: 09/10/2019 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019199699 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:13

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z321  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:09

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	890206	1	paciente requiere de valoración por medicina especializada	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo 0 Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo PYP - DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULT Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 09/10/2019 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019199698 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:13

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z321  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:07

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890250	1	paciente requiere de valoración por medicina especializada	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo **0** Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo PYP - DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULT Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: **60 días** Fecha: 09/10/2019 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019199694 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:14

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z321  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 10/08/2019 Hora: 11:05

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	903426	1	PACIENTE REQUIERE DE LABORTORIOS CLÍNICOS	\$ 0,00	\$ 0,00
TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	906132	1	PACIENTE REQUIERE DE LABORTORIOS CLÍNICOS	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **934**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo 0 Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo LABORATORIO CLINICO SEGUNDO TERCER NIVEL Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 09/10/2019 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2019242905      **Fecha:** 18/10/2019      **Hora:** 10:58

**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS**      **CÓDIGO:** CCFC20

**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO      **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 2700100071      **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57      **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO      27      **Municipio:** QUIBDO      001
**DATOS DEL PACIENTE**
**1er Apellido** MOSQUERA      **2do Apellido** COSSIO      **1er Nombre** KELLY      **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil      Tarjeta de identidad      Cédula de ciudadanía       Adulto sin identificación      Cédula de extranjería  
Pasaporte      Menor sin identificación      Nivel Sisben 1      Número de Documento **1010096264**      **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE      **Teléfono:** 3206177219      **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO      27      **Municipio:** QUIBDO      001      **Correo Electrónico:**
**SERVICIOS AUTORIZADOS**
**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa       Hospitalización      Urgencias      **Especialidad** FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
**Manejo integral según Guía de :**      **Cama**      **Diagnostico:** Z321  
**Tipo Orden** NORMAL      **Número de Solicitud Origen:** 1      **Fecha:** 18/10/2019      **Hora:** 10:54

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	901107	1	PACIENTE REQUIERE EXAMEN DIGANOSTICO	\$ 0,00	\$ 0,00
UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	901235	1	PACIENTE REQUIERE EXAMEN DIGANOSTICO	\$ 0,00	\$ 0,00
HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	902207	1	PACIENTE REQUIERE EXAMEN DIGANOSTICO	\$ 0,00	\$ 0,00
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE AG HBS	906317	1	PACIENTE REQUIERE EXAMEN DIGANOSTICO	\$ 0,00	\$ 0,00
PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	906915	1	PACIENTE REQUIERE EXAMEN DIGANOSTICO	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**
**Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago**      **100%**  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización**      **2335**  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora       Copago      Cuota de recuperación      Otro Cuál  
**Valor en pesos**      **Porcentaje (%)**      **Vir. Anticipo** 0      **Valor máximo (Tope) en pesos**  
**Centro de Costo** LABORATORIO CLINICO PRIMER NIVEL      **Regimen** CONTRIBUTIVO
**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**
**Nombre :** MARTHA MILENA CORDOBA      **Teléfono:** 4 6723536      **Teléfono Celular:**  
**Caducidad de la Autorización: 60 días**      **Fecha:** 17/12/2019      *Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica*

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019242916 Fecha: 18/10/2019 Hora: 11:02

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z349  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 18/10/2019 Hora: 11:01

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	PACIENTE REQUIERE VALORACION DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 467  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo 0 Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : MARTHA MILENA CORDOBA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 17/12/2019 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019262749 Fecha: 29/11/2019 Hora: 07:51

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z359  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 28/11/2019 Hora: 10:36

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	PACIENTE QUIEN LLEVA UN CONTROL CON GINECOLOGÍA	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo **0** Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 28/01/2020 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019262749 Fecha: 29/11/2019 Hora: 07:51

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z359  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 28/11/2019 Hora: 10:36

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	890350	1	PACIENTE QUIEN LLEVA UN CONTROL CON GINECOLOGÍA	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo **0** Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 28/01/2020 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2019270081 **Fecha:** 05/12/2019 **Hora:** 15:18**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS** **CÓDIGO:** CCFC20**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 2700100071 **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57 **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **Nivel Sisben 1** **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización  Urgencias **Especialidad** EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** O470  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 05/12/2019 **Hora:** 15:16

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1	TENGO DOLOR BAJITO	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago  Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Exento de Pago** **Porcentaje (%)** **Vir. Anticipo** 0 **Valor máximo (Tope) en pesos**  
**Centro de Costo** URGENCIAS **Regimen** CONTRIBUTIVO**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** MISSETH MOSQUERA MATURANA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**  
**Caducidad de la Autorización:** 60 días **Fecha:** 03/02/2020 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2019276157 **Fecha:** 14/12/2019 **Hora:** 09:20**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS** **CÓDIGO:** CCFC20**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 2700100071 **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57 **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **Nivel Sisben 1** **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** R102  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 14/12/2019 **Hora:** 09:16

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	881401	1	ECOGRAFIA	\$ 0,00	\$ 0,00
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	881431	1	ECOGRAFIA	\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **934**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos** **Porcentaje (%)** **Vlr. Anticipo** 0 **Valor máximo (Tope) en pesos**  
**Centro de Costo** IMÁGENES DIAGNOSTICAS SEGUNDO Y TERCER AMB **Regimen** CONTRIBUTIVO**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** MISSETH MOSQUERA MATURANA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**  
**Caducidad de la Autorización: 60 días** **Fecha:** 12/02/2020 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD****ORIGINAL****NUMERO DE AUTORIZACIÓN:** 2019282097 **Fecha:** 27/12/2019 **Hora:** 14:57**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS** **CÓDIGO:** CCFC20**Nombre prestador:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO **Nit/CC:** 891600091  
**Código:** 2700100071 **Dirección prestador:** CARRERA 4A NO. 29 57 **Teléfono:** 6711313  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001**DATOS DEL PACIENTE****1er Apellido** MOSQUERA **2do Apellido** COSSIO **1er Nombre** KELLY **2do Nombre** JOHANA  
**Identificación:** Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
**Pasaporte** Menor sin identificación **Nivel Sisben 1** **Número de Documento** 1010096264 **Fecha de Nacimiento:** 11/06/1994  
**Dirección de Residencia Habitual:** SD BARRIO BUENOS AIRE **Teléfono:** 3206177219 **Celular:**  
**Departamento:** CHOCO 27 **Municipio:** QUIBDO 001 **Correo Electrónico:****SERVICIOS AUTORIZADOS****Ubicación del Paciente:** Consulta Externa Hospitalización  Urgencias **Especialidad** ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** I10X  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 27/12/2019 **Hora:** 14:53

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	890701	1		\$ 0,00	\$ 0,00
INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	S11202	2		\$ 0,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS****Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago** 100%  
**Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización** 934  
**Recaudo del prestador:** Cuota moderadora Copago  Cuota de recuperación Otro Cuál  
**Valor en pesos Exento de Pago Porcentaje (%) Vlr. Anticipo 0 Valor máximo (Tope) en pesos**  
**Centro de Costo** HOSPITALIAZACION SEGUNDO Y TERCER NIVEL **Regimen** CONTRIBUTIVO**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA****Nombre :** MISSETH MOSQUERA MATURANA **Teléfono:** 4 6723536 **Teléfono Celular:**  
**Caducidad de la Autorización: 60 días** **Fecha:** 25/02/2020 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**

**AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2020007628 Fecha: 18/01/2020 Hora: 11:18

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía  Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

**SERVICIOS AUTORIZADOS**

Ubicación del Paciente: Consulta Externa  Hospitalización Urgencias Especialidad MEDICINA INTERNA  
Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: I10X  
Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 17/01/2020 Hora: 10:15

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	890266	1	PACIENTE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA	\$ 3.400,00	\$ 0,00

**PAGOS COMPARTIDOS**

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago **100%**  
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización **467**  
Recaudo del prestador: Cuota moderadora  Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
Valor en pesos **3.400** Porcentaje (%) Vir. Anticipo **0** Valor máximo (Tope) en pesos  
Centro de Costo CONSULTA ESPECIALIZADA Regimen CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 18/03/2020 Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica



## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

COPIA 1

NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 2019157163 Fecha: 06/06/2019 Hora: 12:37

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COMFACHOCO EPS CÓDIGO: CCFC20

Nombre prestador: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO-CLINICA COMFACHOCO Nit/CC: 891600091  
 Código: 2700100071 Dirección prestador: CARRERA 4A NO. 29 57 Teléfono: 6711313  
 Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001

## DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido MOSQUERA 2do Apellido COSSIO 1er Nombre KELLY 2do Nombre JOHANA  
 Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía X Adulto sin identificación Cédula de extranjería  
 Pasaporte Menor sin identificación Nivel Sisben 1 Número de Documento 1010096264 Fecha de Nacimiento: 11/06/1994  
 Dirección de Residencia Habitual: SD BARRIO BUENOS AIRE Teléfono: 3206177219 Celular:  
 Departamento: CHOCO 27 Municipio: QUIBDO 001 Correo Electrónico:

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente: Consulta Externa X Hospitalización Urgencias Especialidad FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONT  
 Manejo integral según Guía de : Cama Diagnostico: Z321  
 Tipo Orden NORMAL Número de Solicitud Origen: 1 Fecha: 06/06/2019 Hora: 12:28

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *	902214	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	903841	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	906128	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	906129	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	906241	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	906243	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	906249	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE AG HBS	906317	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	906915	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
UROANALISIS	907106	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D EN TUBO	911016	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	901107	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00
HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	902207	1	PACIENTE CON EMBARAZO CONFIRMADO	\$ 0,00	\$ 0,00

## PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%  
 Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 6071  
 Recaudo del prestador: Cuota moderadora X Copago Cuota de recuperación Otro Cuál  
 Valor en pesos Porcentaje (%) Vlr. Anticipo 0 Valor máximo (Tope) en pesos  
 Centro de Costo LABORATORIO CLINICO SEGUNDO TERCER NIVEL Regimen CONTRIBUTIVO

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : FARIDA SHIRLEY RENDON VALENCIA Teléfono: 4 6723536 Teléfono Celular:  
 Caducidad de la Autorización: 60 días Fecha: 05/08/2019 Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica