# P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440027877** Fecha 22/08/2025 Hora 3:02 PM

440027877-32827856

Servicio Occidental de Salud

**ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018**

## INFORMACION DEL PRESTADOR

| Nombre | Número | Dv | Código | Teléfono: 2- 314 519 4733 |
|---|---|---|---|---|
| NEW BIOLOGY CAMBULOS | NI 900464195 | 3 | 760011015502 | ind número |

| Dirección Prestador | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| CARRERA 42 # 7-69 EDIF MEDICAL CENTER PISO 2 | VALLE DEL CAUCA | CALI |

## DATOS DEL PACIENTE

| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Tipo | Número Documento Identificación | Teléfono |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LOPEZ | LONDOÑO | DYLAN | ANDRES | CC | 1111544208 | |

| Dirección Residencial Habitual | Departamento | Municipio | Fecha Nacimiento | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| cl 8 1a 81 pueblo nuevo | VALLE DEL CAUCA | ANSERMANUEVO | 2006/09/28 | | |

| Plan | Nombre del Trabajador | NIT | Empresa |
|---|---|---|---|
| POS | JOHN FREDDY LOPEZ MENDOZA | 901519845 | LAS CAMELIAS CONSTRUCCIONES S.A.S |

| Nexo Familiar | Medico Solicitante | Oficina |
|---|---|---|
| VACIO | MORALES JIMENEZ SERGIO ESTEBAN | |

| Diagnóstico | FECHA DE UTILIZACION | No de Solicitud |
|---|---|---|
| G409 | Desde 2025/08/22 Hasta 2025/11/20 | 2025-01-00584799 |

## DETALLE SOLICITUD IPS

| No. de Solicitud | Fecha | Hora | Ubicación del Paciente | Servicio | Cama | En habitación de | Fecha y hora hospitalización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2025/07/22 | | CONSULTA EXTERNA | SERVICIOS ELECTIVOS | | | |

## SERVICIOS AUTORIZADOS

**CONCEPTO DE SERVICIO** SERVICIOS ESPECIALIZADOS

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

**Manejo integral según Guia:**

VALOR CORTE CUENTA $ 0

| Código | Cant. | Descripción de Servicio | Lateralidad |
|---|---|---|---|
| 883112 | 1 | RESONANCIA MAGNETICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS VOLUMETRICO | NA |

## PAGOS COMPARTIDOS

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

**Semanas de afiliacion del paciente a la solicitud de la autorización** 154

**Reclamo de tiquete, bono o vale de pago**

| | Concepto | Valor en pesos | Porcentaje (%) | Valor máximo (Tope) en pesos |
|---|---|---|---|---|
| Recaudo del | ☐ Cuota moderadora | 0.0 | 0 | 0.0 |
| | ☐ Copago | 0.0 | 0.0% | |
| | ☐ Cuota de recuperación | 0 | 0 | |
| | ☐ Otro | 0 | 0 | |

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

| Nombre de quien autoriza | Teléfono ind número extensión | Teléfono Celular | Cargo o Actividad |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Línea Aten.al Cliente 01 8000 938 777,Desde Cali 4898686** **Notificación** 0 **No. Acta**

**Observaciones**

**Corte de cuenta máximo $** 0

**Sujeto a revisión por auditoria cuentas**

**ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO**

Dylan lopez
Firma Usuario

1111544208
Nro. Identificación

## SEÑOR PRESTADOR TENER EN CUENTA

1- Los derechos del afiliado deben ser verificados por la IPS al momento de la prestación del servicio

2- Cualquier enmendadura ó deterioro anula su validez

3- Es Requisito para facturar que la OPS sea validada en SOMA, el día de la prestación del servicio

null 3:02 PM

## INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

**Fecha Consulta:** 27/08/2025 **Afiliado :** DYLAN ANDRES LOPEZ LONDOÑO
**Identificación:** 1111544208 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
**Derecho:** DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
**IPS Primaria:** HOSPITAL SANTA ANA DE LOS CABALLEROS
**IPS Solicitante:** NEW BIOLOGY CAMBULOS

**RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES**

| Nro. P-Autorización | Aprobada | Justificación Resultado | Nro. Autorización |
|---|---|---|---|
| 440027877 | SI | | 4685219 |

**Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoria médica**
**Documento de control entre la IPS y la EPS**

27/08/2025 10:35:06 UD951301361

X dylan lopez

X 1111544208

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** DYLAN ANDRES LOPEZ LONDOÑO, Identificado(a) con CC-1111544208 | | | |
| **Edad y Género:** 18 Años y 9 meses, Masculino | | **Segundo Identificador:** | |
| **Regimen/Tipo Paciente:** | CONTRIBUTIVO/CONTRIBUTIVO BENEFICIARIO | **Nombre de la Entidad:** | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. CARTAGO CONTRIBUTIVO |
| **Servicio/Ubicación:** | CARTAGO COEX MEDICINA INTERNA/CARTAGO C. EXTE MEDICINA INTE | **Habitación:** | **Identificador Único:** 2902857-1 |

**Diagnóstico:** G409 EPILEPSIA TIPO NO ESPECIFICADO

Imagenologia

| Fecha Inicio | CUPS | Descripción | Especificaciones | Cantidad | Datos Clínicos / Justificación / Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| 22/07/2025 11:20 | | 883112 Resonancia Magnetica del Hipocampo con Analisis Volumetrico | | 1 | esclerosis mesial temporal / esclerosis mesial temporal |

SOS SEDE CARTAGO 05 AGO 2025 ENTREGADO

MEDICO QUE ORDENA

**Firmado Por:** SERGIO ESTEBAN MORALES JIMENEZ, NEUROLOGIA ADULTO - Registro: 80259486, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 80259486

**Firmado Electrónicamente**

22 JUL 2025 RECIBIDO

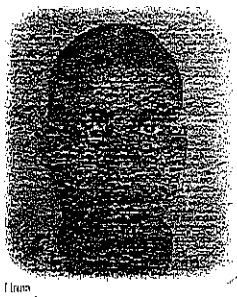


2025-01-0524804

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.111.544.208



Apellidos
LOPEZ LONDOÑO

Nombres
DYLAN ANDRES

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.78 | M |

Fecha de nacimiento | G.S.
28 SEPT 2006 | O+

Lugar de nacimiento
CALI (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
30 SEPT 2024, ANSERMANUEVO

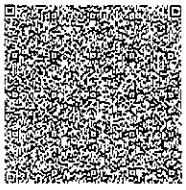
Firma
Dylan lopez

Fecha de expiración
30 SEPT 2034



ICO

0557040900



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0557040900310 10<<<<<<<<<<
0609285M3409305COL1111544208<2
LOPEZ<LONDONO<<DYLAN<ANDRES<<<