P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440638812** Fecha 27/08/2025 Hora 5:16 PM

440638812-31831683

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
OLMOS	CASTILLO	SONIA		CC	67005863	3146177596

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 47A 50 58	VALLE DEL CAUCA	CALI	1977/11/07		SONOLANS@GMAIL.COM

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
BIENESTAR	SONIA OLMOS CASTILLO	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
VACIO	HENRY RICARDO MORENO HERRERA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M542	Desde 2025/08/27 Hasta 2025/11/25	2025-04-00620563

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/07/23		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guía:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
883210	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	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 0

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	42300.0
	☒ Copago	42300.0	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

Firma Usuario

67 005863

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 5:16 PM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440638772** Fecha 27/08/2025 Hora 5:45 PM

440638772-31831683

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	760011015602	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
OLMOS	CASTILLO	SONIA		CC	67005863	3146177596

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 47A 50 56	VALLE DEL CAUCA	CALI	1977/11/07		SONOLANS@GMAIL.COM

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
BIENESTAR	SONIA OLMOS CASTILLO	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
VACIO	HENRY RICARDO MORENO HERRERA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M542	Desde 2025/08/27 Hasta 2025/11/25	2025-04-00620558

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/07/23		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
883101	1	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	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 0 **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	42300.0
	☒ Copago	42300.0	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

Firma Usuario

67005863

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 5:45 PM

Autorizado por Ley

Consulta información afiliado

Datos del Afiliado

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información en este sistema es confidencial y está protegida por la Ley 1581/2012. Está prohibido tomar fotos, realizar capturas de pantalla, imprimir, copiar o compartir esta información. Cualquier incumplimiento será sancionado legalmente.

Consulta por Tipo y Número de Identificación o por NUI

Fecha Consulta 2025/09/06 | Número ID CC 67005863 | Grupo Familiar | Plan BIENESTAR | Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre	SONIA	Segundo Nombre		Consultar
Primer Apellido	OLMOS	Segundo Apellido	CASTILLO	

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento	1977-11-07	Género	F	Parentesco	COTIZANTE
Edad Años	47	Edad Meses	9	Edad Días	30
Rango Salarial		Plan Complementario	BIENESTAR	Tipo Afiliado	COTIZANTE
Inicio vigencia	2008-02-01	Fin Vigencia	9999-12-31	IPS Primaria	IPS ESPECIALISTAS TEQUENDAMA
Semanas POS S.O.S	1391	Semanas POS Anterior	1159	Semanas PAC S.O.S	918
Semanas PAC Anterior	526	Estado	ACTIVO	Derecho	DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Cuotas de recuperación

Paga Cuota Moderadora SI - El diagnóstico y los servicios prestados pueden estar exentos de cobro, según lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 y la normativa aplicable

Paga Copago SI - El diagnóstico y los servicios prestados pueden estar exentos de cobro, según lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 y la normativa aplicable

Empleadores

Tipo ID	Número ID	Razón Social
CC	67005863	SONIA OLMOS CASTILLO

Información de los Convenios de Capitación

Estado	Convenio
CAPITA	PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS
CAPITA	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA PAC
CAPITA	PGP COMFANDI DOMICILIARIO
CAPITA	PGP RAMEDICAS SAS PAC 2024

Validación Normal

Número Validación	Oficina

Observaciones

Información Adicional | Nueva Consulta | Principal

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 06/09/2025 **Afiliado :** SONIA OLMOS CASTILLO
Identificación: 67005863 **Plan:** BIENESTAR **Rango Salarial:**
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: IPS ESPECIALISTAS TEQUENDAMA
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
440638772	SI		4773132
440638812	SI		4773133

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

06/09/2025 07:51:55 UD951301361

comfandi

Creación: 23/07/2025 17:40:22

SIA PASOANCHO

Número de orden: 19250596

Nombre del paciente:	SONIA OLMOS CASTILLO	**Identificación:**CC	67005863
Edad :47 Años 8 Meses 17 Dias	**Fecha de nacimiento:**07/11/1977	**Sexo:**Femenino	**Prioridad:**
Convenio:PLAN - BIENESTAR SOS	**T.Vinculación:**Especial Cotizante	**Categoría:**	**Dx:**M542

Prestación	Denominación	Localización	Comentario	Cantidad
883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	Ninguna	SIMPLE	0001
883210	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNACERVICAL SIMPLE	Ninguna localización		0001

Justificación:

cervicalgia cronica
espondiloartropatia cronica

Firmado Electrónicamente:MORENO HERRERA HENRY RICARDO Registro Médico 763847-11.

Historia Clínica General

Paciente	: SONIA OLMOS CASTILLO	**Fec Nac.**	: 07.11.1977
Identificación	: CC - 67005863	**Edad/Sexo**	: 47 a / F
Especialidad	: U.T. Medicina Interna	**Fecha Adm.**	: 23.07.2025
Ubicación	: Comfandi-Salud Integral Amiga	**Cama/Epis.**	: / 39296575
Fec. Registro	: 23.07.2025	**Hora Reg.**	: 17:06:15
Aseguradora	: PLAN - BIENESTAR SOS		

Mod.atención : Presencial
Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : "primera vez"
Enfermedad Actual : Medicina Interna Telefono: 3146177596 Paciente femenino de 47 años. Refiere cuadro clinico cronico aproximado de 4 años consistente en dolor a nivel cervical que no ha mejorado a pesar de bloqueos, no irradia, niega traumatismos. Refiere que ha consultado a multiples medicos Neurocirujano, Ortopedia, Medicina del Dolor, Acupuntura, Fisiatria, Quiropraxia sin mejoria. Examenes: -21.09.22: RMN columna cervical sin contraste: con cambios espondiloartrosicos predominantemente de C4-C5 a C6-C7 sin signos de compresion del cordon medular ni las raices Antecedentes de -Px: rasgo betatalasemico -Faramcologicos: vitaminas -Qx: cesarea, cx de pie plano -Alergicos: niega -G/O: G2 C2 A0 -Familiares: Madre: HTA, Padre: DMT2

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : Normal

Ojos : Normal

Otorrinolaringología : Normal

Cuello : Normal

Tórax : Normal

Cardiaco : Normal

Pulmonar : Normal

Digestivo : Normal

Genitourinario : Normal

Sist. Nerv. Central : Normal

Piel : Normal

Extremidades : Normal

Otros : Normal

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 36,0		°C	**Peso**	: 63,0	Kg	**Per. Cefálico**	:	cm
Presión arterial	: 120	/ 80	mm Hg	**Per. Abd.**	:	cm	**Talla**	: 1,64	mtrs
Frec. Cardíaca	: 70		x min	**IMC** :	23,424	Kg/m2	**SC (m2)**	: 1,69	
Frec. Respiratoria	: 14		x min	**Sat con O2**	:	%	**Sat sin O2**	:	%

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
Estado General : Bueno

Historia Clínica General

Hallazgos

Cabeza y Craneo	: normocefalo
Ojos	: no alteraciones aparentes
ORL	: no alteraciones aparentes
Boca	: mucosas rosada y humeda
Cuello	: movil, no masas, no ingurgitacion yug
Tórax/Mamas	: cardiopulmonar sin alteraciones
Abdomen	: blando, depresible, no masas, no dolo
Genitourinario	: no se explora
Extremidades	: no edemas, pulsos perifericos present
Sist. Nev. Central	: alerta, no alteraciones aparentes
Ex. Mental	: alerta
Piel y Faneras	: sin alteraciones
Otros Hallazgos	: ninguna

Análisis y Conducta : Paciente femenino en la 5ta decada cursando con cuadro de larga data caracterizado por dolor cervical de caracteristicas mecanicas, empeora con cambios de posicion, minima mejoria al reposo sin quitar el dolor completamente. Ha consultado a multiples medicos y ha realizado multiples tratamiento hasta bloqueos sin mejoria completa. Aporta RMN de columna cervical con cmabios espondiloartrosis sin compresion en canal medular. Espondiloartropatia cervical a estudiar por lo que se solicita perfil inmunoreumatologico, RMN de columna cervical simple.

Firmado electrónicamente por

Responsable : MORENO HERRERA,HENRY RICARDO **Registro Profesional** : 763847-11
Profesión : MEDICINA INTERNA

Diagnósticos

Fecha : 23.07.2025 / 17:25

Codigo	: M542
Diagnostico	: CERVICALGIA
Clase	: Impresión Diagnóstica

Firmado electrónicamente por

Responsable : MORENO HERRERA, HENRY RICARDO
Profesión : MEDICINA INTERNA

Medicamentos

Fecha : 23.07.2025 / 17:42

Responsable	: MORENO HERRERA, HENRY RICARDO	**Profesión**	: MEDICINA INTERNA
Medicamento	: TRAMADOL 37,5mg + ACETAMINOFEN 325 MG TABLETA CUBIERTA CON P		
Presentación	: TABLETA	**Dosis**	: 1 TAB
Via Adm.	: ORAL	**Frecuencia**	: CADA 12 HORAS
Medicamento	: CICLOBENZAPRINA 15 MG CAP.		
Presentación	: CAPSULA	**Dosis**	: 1 CAP
Via Adm.	: ORAL	**Frecuencia**	: CADA 24 HORAS (1 DIA)