P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441084831** Fecha 04/09/2025 Hora 8.33 AM

441084831-33791799

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
CORDOBA	CAICEDO	LUZ	AMANDA	CC	54257011	3127699024

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 3 SUR 8 49 MZ 7 CA 28	VALLE DEL CAUCA	JAMUNDI	1970/11/19		acordoba@plan.org.co

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO	
Nexo Familiar	**Medico Solicitante**	**Oficina**
COTIZANTE	RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA	
Diagnóstico	**FECHA DE UTILIZACION**	**No de Solicitud**
M545	Desde 2025/09/04 Hasta 2025/12/03	2025-01-00640922

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/26		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
879205	2	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A	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 201

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

Linea 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

Luz Amanda Cordoba
Firma Usuario

54257011
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 8:33 AM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441084822** Fecha 04/09/2025 Hora 8.33 AM

441084822-33791799

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
CORDOBA	CAICEDO	LUZ	AMANDA	CC	54257011	3127699024

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 3 SUR 8 49 MZ 7 CA 28	VALLE DEL CAUCA	JAMUNDI	1970/11/19		acordoba@plan.org.co

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO	
Nexo Familiar	**Medico Solicitante**	**Oficina**
COTIZANTE	RAMIREZ JIMENEZ HERLINDA MARIA	
Diagnóstico	**FECHA DE UTILIZACION**	**No de Solicitud**
M545	Desde 2025/09/04 Hasta 2025/12/03	2025-01-00640922

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/26		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
879201	2	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL	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 201

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

Linea 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

Luz Amanda Córdoba

Firma Usuario

54257011

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 8:33 AM

Evita desplazamientos, registra, consulta y descarga autorizaciones médicas a través de whatsapp **318 508 32 62 opc 11** y también desde la oficina virtual.

¡Canales digitales, soluciones al alcance de tu mano!

Sede Nacional: Carrera 56 #11a-88
Línea Nacional: 01 8000 938 777
PBX: (602) 489 86 86

Visita nuestras páginas web
www.sos.com.co
www.pac-sos.com.co

SÍGUENOS

IPS Medic

Fecha Expedición: 2025-08-26 13:38:17

SOLICITUD MEDICA - SERVICIOS PENDIENTES AUTORIZACION

IPS Primaria: IPSMEDIC SAS

Paciente: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO | Identificación: CC 54257011 | Télefono Contacto: 3163445197

Profesional Remisor: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ Documento: 32780668 | Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo Afiliado: Cotizante | Edad: 54 años 9 meses 7 días | Cuota Moderadora / Copago: -

Convenio: SOS EVENTO CALI

DX Ppal: M545 | DX Rel 1: -- | DX Rel 2: -- | DX Rel 3: -- | Finalidad:

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	OBSERVACION
879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	1	SS TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA.



PROFESIONAL: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Documento: 32780668
Firmado Electrónicamente: Ley 527 de 1999 Artículo 2
La validez del presente documento es de 90 días. Válida desde 2025-08-26 13:38:17 hasta 2025-11-24

NOTA: Este documento no es válido para la prestación del servicio, dirijase al área administrativa para tramitar la autorización respectiva.

Desarrollado por SinergiaSE SAS Elaborado: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ - 2025-08-26 13:38:17

IPS Medic

Fecha Expedición: 2025-08-26 13:38:17

SOLICITUD MEDICA - SERVICIOS PENDIENTES AUTORIZACION

IPS Primaria: IPSMEDIC SAS

Paciente: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO Identificación: CC 54257011 Télefono Contacto: 3163445197

Profesional Remisor: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ Documento: 32780668 Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Tipo Afiliado: Cotizante Edad: 54 años 9 meses 7 días Cuota Moderadora / Copago: -

Convenio: SOS EVENTO CALI

DX Ppal: M545 DX Rel 1: -- DX Rel 2: -- DX Rel 3: -- Finalidad:

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	OBSERVACION
879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	1	SS TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA.

PROFESIONAL: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Documento: 32780668
Firmado Electrónicamente: Ley 527 de 1999 Artículo 2
La validez del presente documento es de 90 días. Válida desde 2025-08-26 13:38:17 hasta 2025-11-24

NOTA: Este documento no es válido para la prestación del servicio, dirijase al área administrativa para tramitar la autorización respectiva.

Desarrollado por SinergiaSE SAS Elaborado: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ - 2025-08-26 13:38:17

HISTORIA CLINICA

IPS: IPSMEDIC SAS Nit: 900168679-7

Sede: MEDICIPS CALI NORTE Cod.Habilitacion: 760010669714

Nombre: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO Identificación: CC-54257011

Profesional: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ Registro Médico: 32780668 Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Fecha Atención: 2025-08-26 13:38:17

Nombre: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO	Identificación: CC - 54257011	Sexo: F	Edad: 54 años 9 meses 7 días
Fecha Nacimiento: 1970-11-19	Ocupación:		
Dirección:	Teléfono: 3163445197	Ciudad Residencia: CALI	
Régimen: Contributivo			
Convenio: SOS EVENTO CALI			
Asegurador: Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A.			
Rango: RANGO 1	Estado Civil:	Discapacidad: Sin Discapacidad	
Etnia: Otra	Religión: Catolica	Población: Ninguna	
Acompañante:	Parentesco:	Teléfono:	
Responsable:	Parentesco:	Teléfono:	

DATOS ATENCION	
Motivo Consulta:	DOLOR LUMBAR.
Enfermedad Actual:	DOLOR EN LA REGION LUMBAR DE AÑOS DE EVOLUCION, SIN IRRADIACIO, SIN SINTOMAS ASOCIADOS. REFIERE QUE NO HA REALIZADO RHB FISICA. REFIERE QUE LABORA COMO DIGITADORA. REFIERE QUE NO TIENE ESTUDIOS DE IMAGEN.

ALERGIAS	
Descripción:	No indica presentar alergias

ANTECEDENTES TRAUMATOLOGICOS	
Descripción:	No indica presentar Antecedentes traumatológicos

ANTECEDENTES QUIRURGICO	
Descripción:	No indica presentar Antecedentes Quirúrgicos

EXAMEN SISTEMA FISICO	
Cabeza	Normal
Cara	Normal
Nariz y Senos Paranasales	Normal
Oidos	Normal
Cavidad Oral	Normal
Cuello	Normal
Respiratorio	Normal
Cardiovascular	Normal
Mamas	Normal
Gastro Intestinal	Normal
Genito Urinario	Normal
Musculo Esqueletico	Normal
Sistema Nervioso	Normal
Hematopoyetico	Normal
Endocrino	Normal
Piel	Normal
OBSERVACIONES/DETALLES	

SIGNOS VITALES

IPS Medic

HISTORIA CLINICA

IPS: IPSMEDIC SAS Nit: 900168679-7

Sede: MEDICIPS CALI NORTE Cod.Habilitacion: 760010669714

Nombre: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO Identificación: CC-54257011

Profesional: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ Registro Médico: 32780668 Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Fecha Atención: 2025-08-26 13:38:17

Temperatura: 36.70	Tension Arterial: 130 / 80	Frecuencia Cardiaca 65
Peso: 77.00	Altura: 157.00 cm	Frecuencia Respiratoria: 17
Indice Masa Muscular: 31.20	Clasificacion IMC: OBESO: TIPO I	Circunferencia Abdominal 78
Perimetro Cefálico:	Perimetro Branquial:	Pliegue Tricipital:
Pliegue Subescapular:	Diametro Muñeca:	

EXAMEN FISICO	
Cabeza	Normal
Cara	Normal
Boca	Normal
Cuello	Normal
Torax	Normal
Abdomen	Normal
Extremidad	Normal
Vascular	Normal
Neurologico	Normal
Columna	Anormal - INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MARCHA SIN ASISTENCIAS, NO DOLOR A LA PALPACION EN LOS PARAESPINALES LUMBARES, AMAS DE LA COLUMNA LUMBAR COMPLETAS.
Mamas	Normal
Genitourinario	Normal
ORL	Normal
examenfisicosegmentarionota	
Piel	Normal

VALORACION MEDICA	
Observación:	SS TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA. SS NC Y EMG DE LOS MIEMBROS INFERIROES. CONTROL CON RESULTADOS. SE PRESCRIBE DEXKETOPRFENO TAB. DE 25 MG., TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 10 DIAS, 20 TAB.

DIAGNOSTICOS	
Principal:	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO
Relacionado 1	
Relacionado 2	
Relacionado 3	
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL	
Tipo Diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA	
Finalidad: DIAGNOSTICO	

INCAPACIDAD	
Descripción:	Sin Información Diligenciada

APOYO DIAGNOSTICO		
Código	Cantidad	Nombre
890364	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Observación: CONTROL CON RESULTADOS.		
930860	1	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)
Observación: DE LOS MIEMBROS INFERIROES.		

HISTORIA CLINICA

IPS: IPSMEDIC SAS Nit: 900168679-7
Sede: MEDICIPS CALI NORTE Cod.Habilitacion: 760010669714
Nombre: LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO Identificación: CC-54257011
Profesional: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ Registro Médico: 32780668 Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION Fecha Atención: 2025-08-26 13:38:17

930860	1	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)
Observación: DE LOS MIEMBROS INFERIROES.		
891509	1	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)
Observación: DE LOS MIEMBROS INFERIROES.		
891509	1	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)
Observación: DE LOS MIEMBROS INFERIROES.		

SOLICITUDES APOYO DIAGNOSTICO(EPS)

Código	Cant	Nombre
879201	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)
Nota: SS TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA.		
990202	1	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICINA ESPECIALIZADA
Nota: ----------		

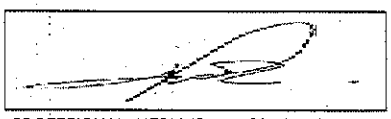
MEDICAMENTOS

ID: 72294	Nombre: DEXKETOPROFENO 25mg/1U TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA			Presentación TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA
Dosis: 1	Horas: 12	Cantidad: 20	Días: 10	Indicaciones: SE PRESCRIBE DEXKETOPRFENO TAB. DE 25 MG., TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 10 DIAS, 20 TAB.

SOLICITUDES MEDICAMENTOS(EPS)

Descripción:	Sin Solicitud Medicamentos EPS

RECOMENDACIONES



PROFESIONAL: HERLINDA MARIA RAMIREZ JIMENEZ
Registro Médico: 32780668

Firmada Electronicamente: Ley 527 de 1999 Articulo 2

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 ISU

Fecha Consulta 2025/09/06 **Número ID** CC 54257011 Grupo Familiar **Plan** POS Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre LUZ **Segundo Nombre** AMANDA Consultar

Primer Apellido CORDOBA **Segundo Apellido** CAICEDO

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento	1970-11-19	**Género**	F	**Parentesco**	COTIZANTE
Edad Años	54	**Edad Meses**	9	**Edad Días**	18
Rango Salarial	B	**Plan Complementario**	BIENESTAR	**Tipo Afiliado**	COTIZANTE
Inicio vigencia	2014-07-01	**Fin Vigencia**	9999-12-31	**IPS Primaria**	VIVA 1A IPS JAMUNDI
Semanas POS S.O.S	583	**Semanas POS Anterior**	52	**Semanas PAC S.O.S**	583
Semanas PAC Anterior	17	**Estado**	ACTIVO	**Derecho**	DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Cuotas de recuperacion

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 NO - Cotizante al régimen contributivo

El usuario consultado se encuentra priorizado dentro del siguiente grupo de riesgo, por lo que puede aplicar exoneración de cuota moderadora y/o copago según Decreto 1652 de 2022 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Riesgo	Subgrupo	Diagnóstico
CANCER	**Ca mama**	**C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA**

Si el grupo de riesgo o el diagnóstico es discapacidad, la exoneración solo aplica para prestaciones relacionadas con rehabilitación de su diagnóstico según Decreto 1652 de 2022 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Empleadores

Tipo ID	Número ID	Razón Social
NI	**900097588**	FUNDACION PLAN

Información de los Convenios de Capitacion

Estado	Convenio
CAPITA	PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS
CAPITA	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA PAC
CAPITA	PGP CRUZ VERDE MEDICAMENTOS
CAPITA	PGP VIVA 1A IPS PAC BIENESTAR
CAPITA	PGP COMFANDI DOMICILIARIO

Validación Normal

Número Validación **Oficina**

Observaciones

Información Adicional Nueva Consulta Principal

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 06/09/2025 **Afiliado :** LUZ AMANDA CORDOBA CAICEDO
Identificación: 54257011 **Plan:** POS **Rango Salarial:** B
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: VIVA 1A IPS JAMUNDI
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
441084822	SI		4773497
441084831	SI		4773498

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

06/09/2025 08:26:53 UD951301361