P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440782541** Fecha 04/09/2025 Hora 9.53 AM

440782541-31788617

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
ANACONA		MARIA	DILIA	CC	66911548	3155053053

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
BITACO VALLE	VALLE DEL CAUCA	LA CUMBRE	1981/03/14		anaconadilia@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS SUBSIDIADO	MARIA DILIA ANACONA	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
NIETO (A)	JULIO CESAR FLORES	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
S800	Desde 2025/08/29 Hasta 2025/11/27	2025-04-00630473

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/08		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO RADIOLOGIA

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
873420	1	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)	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	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

María Dilia Anacona
Firma Usuario

66911548
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 9:53 AM

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU IPS S Nit. 805013193

SU IPS
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Sede Dagua Carrera 22 9A 51 B. Ricaurte CallCenter+wsp 3004631909 - Sede Km30 B. Korea 8-45 CallCenter+wsp 3004081303 - Odontologia Call Center+wsp 3052530766 - Email contacto@suipsdagua.com - web Suipsdagua.com

Paciente: 66911548 MARIA DILIA ANACONA Usuario: JFMC Fecha Impresión: 08/08/2025 08:43 N°: 1 **Calidad:** **Fecha Historia:** 08/08/2025 08:40:10a.m.

Lugar y Fecha: DAGUA, VALLE 08/08/2025 08:40:10a.m.

Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 66911548 MARIA DILIA ANACONA

Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. **Convenio:** 001MOVILIDAD **Tipo de Usuario:**SUBSIDIADO **Orden N°:** 1889134 **No Hist.:** 66911548

- I873420 - RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL 1.00
  Indicaciones: 1104452RAdiografka rodilla izquierda

DX Principal: S800 CONTUSION DE LA RODILLA

Juan Felipe Mejía C.

SU IPS
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
Nit. 805013193 - 1 RMSP 762330001101

Dir. Carrera 22 9A-51 y Barrio Corea 8-45 km -
Tel. 3052530582

JUAN FELIPE MEJIA CASTRO CC 1193104616
Especialidad. MEDICINA GENERAL KM 30 Registro. 1193104616

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 66911548 Grupo Familiar **Plan** POS SUBSIDIADO Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre MARIA **Segundo Nombre** DILIA Consultar

Primer Apellido ANACONA **Segundo Apellido**

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento	1981-03-14	**Género**	F	**Parentesco**	COTIZANTE
Edad Años	44	**Edad Meses**	5	**Edad Días**	23
Rango Salarial	N2-NIVEL II SISBEN	**Plan Complementario**		**Tipo Afiliado**	CABEZA DE FAMILIA
Inicio vigencia	2023-07-01	**Fin Vigencia**	9999-12-31	**IPS Primaria**	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU IPS SAS
Semanas POS S.O.S	0	**Semanas POS Anterior**	0	**Semanas PAC S.O.S**	0
Semanas PAC Anterior	0	**Estado**	ACTIVO	**Derecho**	DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS

Cuotas de recuperación

Paga Cuota Moderadora NO - Afiliado al régimen Subsidiado (sin contribución solidaria)

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	Razon Social
NI	**800100511**	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Información de los Convenios de Capitación

Estado	Convenio
CAPITA	PGP RAYOS X DE OCCIDENTE OTROS MPIOS
CAPITA	PGP CAYRE APNEA DEL SUEÑO
CAPITA	UPI REHABILITACION DEL SUR CONSULTAS
CAPITA	PGP OPORTUNIDAD DE VIDA - SALUD MENTAL
CAPITA	PGP VIVA 1A RESONANCIAS CALI - NTE DEL CAUCA
CAPITA	PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS
CAPITA	PGP COMFANDI NIVEL II - CALI
CAPITA	PGP COMFANDI GAM
CAPITA	PGP ATENCION FIDEM S.A.S
CAPITA	PGP IPS CALIDA OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA 2024
CAPITA	PGP CRUZ VERDE MEDICAMENTOS
CAPITA	PGP OTORRINO INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS
CAPITA	PGP CARDIOVASCULAR CLINICA NUESTRA CALI 2024

Validación Normal

Número Validación **Oficina**

Observaciones

HISTORIA CLINICA
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SU IPS SAS
Nit. 805013193
Dir. Carrera 22 9A-51 y Barrio Corea 8-45 km - Tel. 3052530582

Código Plantilla:HC CE+5
Fecha Historia:08/08/2025 08:40
Lugar y Fecha:DAGUA,VALLE 08/08/2025 08:40
Documento y Nombre del Paciente: CC 66911548 MARIA DILIA ANACONA
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convenio: 001MOVILIDAD Tipo de Usuario: SUBSIDIADO
No Historia: 66911548 Cons. Historia: 1104452
Atención: Ambulatorio

Historia.
HC CE Histora Clinica Ambulatoria:

Historia.
Datos Generales
Historia: 66911548
Fecha: 08/08/2025
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
Convenio: 001MOVILIDAD
Edad: 44 Años
Sexo: Femenino
Ocupacion: OFICIOS VARIOS
Barrio F: BITACO
E-Mail R: documentosynotificaciones@gmail.com
Municipio F: LA CUMBRE
Nombre Responsable F: ARNUBIO MEDINA
Telefono Responsable F: 3128362195
Grupo poblacional: Otro Grupo Poblacional
Nombre: MARIA DILIA ANACONA
Hora: 08:30
Fecha Nacimiento F: 14/03/1981
Edad-años-meses-días: 44-4-26
Estado Civil: Union Libre
Direccion: BITACO - CHICORALITO
Telefono: 3155053053
Zona: RURAL
Natural de: VALLE
Parentesco Responsable F: PADRE
Grupo étnico: Ninguno de los Anteriores
Régimen: SUBSIDIADO

Datos de la Consulta
Motivo de la Consulta: Dolor en rodilla
Enfermedad Actual: Paciente femenina de 44 años, refiere trauma en rodilla izquierda dic/2024 por caida de moto, con persistencia de dolor a la actividad y el reposo, niega calor, edema, eritema o limitacion funcional. Se indicó eco articular la cual reporta 31/01/2025 en limites normales. requiere renovación de ordenes.

Revision por Sistemas
SI = Solicitar Baciloscopia y Control en Programa:
1= Si 2=No 21 Riesgo NO Evaluado:
Sintomatico Respiratorio: 2
+ Revisión x sistemas (Descripción): - NO REFIERE

Cuestionario de EPOC "Could it be COPD" Missalud
FECHA DE TEST DE EPOC: 13/07/2024
Con mas de 2 SI = POSITIVO a ESPIROMETRIA:
TEST DE EPOC: NEGATIVO

Antecedentes
Antecedentes Familiares
Asma: NO
Hipertencion Arterial: NO
Tuberculosis: NO
Cancer: NO
Diabetes: NO
Patologia Troidea: NO
Sindrome Comvulsivo: NO
Otro: NO
Descripción de Antecedentes Familiares: Niega

Inmunologicos
Esquema de Vacunacion
Si es incompleto remitir a PAI:
Vacunacion Covid 19 (Marca-Dosis-Fechas): VACUNACIÓN: SI, SINOVAC 01 DOSIS (21/07/2021)

Antecedentes Patologicos
Asma: NO
Hipertencion Arterial: NO
Tuberculosis: NO
Cancer: NO
Diabetes: NO
Patologia Troidea: NO
Sindrome Comvulsivo: NO
Otros Antecedentes Patologicos: NO
Descripcion de Antecedentes Patologicos: COVID-19 Junio 2020

Otros Antecedentes
Alergicos.: NO
Quirurgicos.: NO
Uso de Sustancias Psicoactivas: NO
IPA 0-96; 97=Exfumador; 98= N/A; 99= No Evalluado:
Toxicos.: NO
Traumaticos.: NO
Consumo de Tabaco (IPA): /
Alteraciones Nutricinales(DNT-OBS): NO
Descripción de otros antecedentes: - NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS//NIEGA TOXICOS//POMEROY//NIEGA TRAUMATICOS// HEMORROIDES EXTERNAS E INTERNAS DOCULMETASDAS CON COLOSCOPIA DE 28/03/2019

Gineco Obstetricos
G: 1
C: 0
A: 0
Ciclos: REGU
FURN: 14/12/2024
Riesgo de ETS: NO
P: 1
V: 1
Menarquia: 13
FUP: 24/02/2005
Vida Sexual: ACTIVA
Descripción de Antecedentes Ginecologicos: -

Estado General del Paciente
Aspecto General: Hidratado - Buenas condiciones generales - Orientado - Alerta

Examen Fisico
Cabeza.: Normocefalo, Mucosas Humedas, Conjuntivas Normocronicas.
Cuello: Ausencia de adenopatias sin masas ni megales, sin ingugitación yugular,
Torax: Simetrico, Corazón:Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, choque apecciano normal. Pulmones: claros bien ventilados