P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

440784618-32347476

Número Autorización 440784618 **Fecha** 29/08/2025 **Hora** 7:41 AM

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
RODRIGUEZ	SEPULVEDA	ALEXANDER		CC	94373723	6023826605

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 18 72 A 29	VALLE DEL CAUCA	CALI	1972/09/01		alexrodsep@hotmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	ALEXANDER RODRIGUEZ SEPULVEDA	901143648	ALPUERTO SAS

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	LOPEZ GOMEZ DIANA MARCELA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M545	Desde 2025/08/29 Hasta 2025/11/27	2025-01-00601887

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/14		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
871061	1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	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 631

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Recaudo del	[X] Cuota moderadora	4700.0	0	4700.0
	[ ] 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

Firma Usuario

94.373.723

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 7:41 AM

2025-07-006019887
8 días

CENTRO REHABILITACION DEL SUR SAS
890315368
AV 2 E NORTE #24N-71
-

Historia Clinica	94373723
Orden Medica No.	HC-196703
Sede - P.Atencin	CRS-NORTE - CONSULTA EXTERNA
No. Documento	CRSE-334701
Fecha de Impresión	2025-08-14
Usuario	DLOPEZ

HC-196703

Fecha Orden	14/08/2025	**Vlido Hasta**	10/02/2026	**Afiliado**	ALEXANDER RODRIGUEZ SEPULVEDA		
Paciente	ALEXANDER RODRIGUEZ SEPULVEDA			**Tipo**	COTIZANTE	**Estrato**	R1
Identificación	CC -94373723			**Entidad**	SOS (TORRES DE COMFANDI)		
Fecha Nac.	09/01/1972			**Edad**	52 años	**Sexo**	MASCULINO
Diagnostico Principal	(M545) LUMBAGO NO ESPECIFICADO						
Diagnostico Relacionado	--						
	--						

Pertinencia	Código	Descripción	Indicaciones	Autorización	Observaciones	Cantidad
Regular	931001	TERAPIA FISICA	LUMBAR			7
Regular	938300	EV. TERAPIA OCUPACIONAL	HIGIENE POSTURAL Y CUIDADOS DE COLUMNA VERTEBRAL			5
Regular	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) +	MEDIICON DE ANGULOS DE ESCOLIOSIS			1
Regular	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO +	CONTROL EN 3 MESES CON RESULTADOS Y TERAPIAS			1

Dra. Diana M. Lopez
MD. ESPECIALISTA RM 1130616629
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

DIANA MARCELA LOPEZ GOMEZ
CC-1130616629 - FISIATRIA

Firma del Usuario
Dcto Ident:

4/2012



ALEXANDER RODRIGUEZ SEPULVEDA
F.Nacimiento : 1972-09-01 Edad : 52 Año(s) - 11 Mes(es)
CC -94373723 Género : masculino
Dirección : CALI
Móvil : No Tiene Teléfono : 3126612089
E-mail : alexrdsep@hotmail.com
Entidad : SOS (TORRES DE COMFANDI)
Ocupación : VACIO Tipo Vinculación : Prima EPS/ EOC, no asegurados SOAT
Estado civil : VACIO

CENTRO REHABILITACION DEL SUR SAS
890315368
AV 2 E NORTE #24N-71
-

Fecha Evolución: 2025-08-14- 07:42:27 AM
Usuario: KPERIÑAN

Historia N° 1 Código: 476930

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Línea Producto : CONSULTA MEDICINA GENERAL
Fecha Atención: 14-08-2025 7:26 AM

No Documento : CRSE - 334700
Estado : ABIERTO

Código Prestador : 760010220002
Sede : CRS-NTE

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta

Motivo de Consulta

DOLRO LUMBAR

Enfermedad Actual

SE CONFIRMAN DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE, CONFIRMO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE CORROBORANDO NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS, ASI COMO SU NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 52 AÑOS, PROCEDENTE DE CALI, DOMINANCIA DIESTRA, OCUPACIÓN MARQUETERIA CONTRATADA INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS A CONSULTA POR DOLOR LUMBAR, DESDE 2019 TIEMPO DE EVOLUCION QUE REAPARECE EN JULIO NO ASOCIADO A TRAUMAS, REFIERE ULTIMO EPISODIA DURÓ UNA SEMANA, ACTUALMENTE DOLOR ES INTERMITENTE, SE PRODUCE AL MANIPULAR PESO, CAMBIOS DE POSICION, LOCALIZADO, LO CALIFICA 7/10 EN EVA, HA REALIZADO TERAPIAS FISICAS CON MEJORIA Y POSTERIOR REAPARICION DE DOLOR, MANEJO DE DOLOR MELOXICAN CON CONTROL DE DOLOR.

ESTUDIOS:
24.08.2019: UROTAC: DISCOPATIA L5-S1.MINIMA NEFROLITIASIS

Se evidencian signos de violencia sexual?

Si No

Revisión Por Sistemas

Lateralidad

Zurdo	Diestro	Soltero/a	Casado/a
Ambidiestro	No aplica	Viudo/a	Divorciado/a
		Unión Libre	No aplica

Estado Civil

Antecedentes Personales y Otros

Patológicos

HTA

Alérgicos

NIEGA

Quirúrgicos

CARCINOMA EN CARA

Farmacológicos

LOSARTAN, AMLODIPINO

Antecedentes Familiares

PADRES: HTA

Exámen Físico

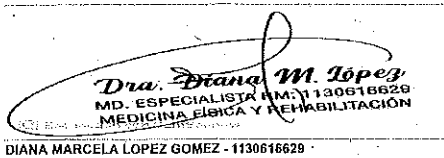
Apariencia

RIESGO BAJO DE CAIDA

Osteo Artromuscular

PESO: 77.5KG, TALLA:174CM, IMC: 25.6 COLUMNA: POSTURA: HOMBRO DERECHO DESCENDIDOS, LEVE ASIMETRIA DE PLIEGUES ABDOMINALES IMPRESIONA TRONCO CON TENDENCIA A INCLINARSE HACIA EL LADO DERECHO, TEST DE ADAMS NEGATIVOPUNTO DE DOLOR PARAVERTEBRALES LUMBARES BILATERALES, AMA TRONCO FLEXION GIII, INCLINACION, ROTACION Y EXTENSION COMPLETA, FUERZA GLOBAL MIEMBROS INFERIORES 3+/5, LASEGUE, BRAGARD Y PATRICK NEGATIVOS, REFLEJOS PATELARES Y AQUILIANOS ++ SIMETRICOS, RETRACCIÓN DE ISQUIOTIBIALES 45° BILATERAL, NO ATROFIA, NO HIPOESTESIA, NO BABINSKI, MEDICION APARENTE DE MI DERECHO 93CM, IZQUIERDO 93.5CM, ADOPTA MARCHA EN PUNTAS Y TALONES.

	(ADULTOS) +		
Indicaciones:	MEDIICON DE ANGULOS DE ESCOLIOSIS	**Pertinencia:**	Regular
Procedimiento:	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO +	**Cantidad:**	1
Indicaciones:	CONTROL EN 3 MESES CON RESULTADOS Y TERAPIAS	**Pertinencia:**	Regular



DIANA MARCELA LOPEZ GOMEZ - 1130616629
FISIATRIA
Se Firma Electrónicamente

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 13/09/2025 **Afiliado :** ALEXANDER RODRIGUEZ SEPULVEDA
Identificación: 94373723 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: IPS COMFANDI TORRES
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
440784618	SI		4831490

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

13/09/2025 09:26:28 UD951301361