P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441370491** Fecha 10/09/2025 Hora 11.09 AM

441370491-34292700

Servicio Occidental de Salud

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

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 3054035696
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
QUINTERO	SALAZAR	JULIO	CESAR	CC	1112471625	2681065

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipo	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 7 6 45	VALLE DEL CAUCA	JAMUNDI	1990/12/25		julloc_2590@hotmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	JULIO CESAR QUINTERO SALAZAR	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	ALEJANDRO VEGA TORRES	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M211	Desde 2025/09/10 Hasta 2025/12/09	2025-01-00659963

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/09		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
873305	1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14 X 36	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	[X] Cuota moderadora	19200.0	0	19200.0
	[ ] 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

X

Firma Usuario

1112471625

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 11:09 AM

VIVA 1A IPS

SOLICITUDES EXTERNAS

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS - SOS		Contrato	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS JAMUNDI	SERVICIOS A CARGO DE LA EPS	
IPS Prestadora del Servicio:	VIVA 1A IPS CALLE 10	Ciudad	JAMUNDÍ	Origen del Servicio	
Direccion IPS	CALLE 10 No 7-34	Telefono	4867220	F. Expedicion	06/09/2025 - 07:20

Nombre del Paciente	JULIO CESAR QUINTERO SALAZAR	Identificacion	CC 1112471625	Tel. Contacto	
Tipo de Afiliado	COTIZANTE	Cuota Mod. y/o Copago		Edad	34
Regimen	CONTRIBUTIVO	Dx	M211	Finalidad	

MD. Ordenador	ALEJANDRO VEGA TORRES	Registro Medico	94505848	Especialidad	
Prestador Asignado		Direccion		Telefono	

Codigo	Item	Cant.	Valor	Total	Fecha
873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) (RX PANORAMICO DE MIEMRBOS INFERIORES.)	1	-	-	06/09/2025
89030283	ORTOPEDIA PIE Y RODILLA CONSULTA (SE SOLICIOTA VALORACIONX ***CIRUGIA DE RODILLLA***)	1	-	-	06/09/2025

Orden Firmada Electronicamente por: Ley 527 de 1999 Articulo 2 -	ALEJANDRO VEGA TORRES 94505848	JULIO CESAR QUINTERO SALAZAR **PACIENTE**	**FIRMA CEDULA**

La validez de la presente orden es de 365 dias Orden valida desde el 06/09/2025 - 07:20

[x]

ALEJANDRO VEGA TORRES

VIVA 1A IPS

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre: JULIO CESAR QUINTERO SALAZAR		Identificación: CC 1112471625	Fecha nacimiento: 25/12/1990
Dirección: CR 7 6 45	Teléfono:	Celular: 3165372483	Correo:
Edad: 34	Sexo: M	Estado Civil: CASADO	Ocupación: EMPLEADO
Lugar de Residencia: JAMUNDÍ		Etnia: NINGUNA DE LAS ANTERIORES	

Medico que atendió	Registro Medico	Especialidad
ALEJANDRO VEGA TORRES	94505848	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Fecha apertura	Fecha cierre	Fecha Impresión
06/09/2025 7:08:17	06/09/2025 7:20:10	08-09-2025
Sede:VIVA 1A IPS CALLE 10		

ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE					
Nombre acompañante:	No refiere	Teléfono:	No refiere	Parentesco:	
Nombre Responsable:	No refiere	Teléfono:	No refiere	Categoría:	

MOTIVO CONSULTA	
Motivo de consulta:	PACIENTE QUE CONSULTA X LA RODILLA.
Enfermedad actual:	PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD , NO REFEIRE ANTECEDENTES PATOLOGICOS. REFIERE ANTECEDENTE DE CX DE RODILLA DERECHA OSTEOTOMIA TIBIA DERECHA 2015 , QUEDOPENDIENTE CIRUGIA DE RODILLA IZQUIERDA. , ESTABA REALIZANDIO PROCESO EN 20224 SE D AORDEN DE OSTEOTOMIA VALGUIOZANTE IZQUIERDA Y NO SE PUEDE REALIZAR CIRUGIA POR PERDIDA DE CONVENIO , ESTA REALIZANDO NUEVAMENTE TRAMJET DE PROCEDIMIENTO , REFIERE DOLRO EN RODILLA QUE LIMITA ADECUADA MOVILIZACION TIENE RMN DE MII 2023 : Disminución del espacio patelofemoral, asociado a pinzamiento articular.

ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
Arritmias:	NO	No refiere
Autoinmunes:	NO	No refiere
Cáncer:	NO	No refiere
Enfermedad Cardiovascular:	NO	No refiere
Infarto de miocardio:	NO	No refiere
Insuficiencia cardiaca:	NO	No refiere
Emergencia hipertensiva:	NO	No refiere
Tromboembolismo pulmonar:	NO	No refiere
Síndrome aórtico:	NO	No refiere
Síncope:	NO	No refiere
Diabetes:	NO	No refiere
Hipoglicemia:	NO	No refiere
Hipertensión:	NO	No refiere
Internaciones:	NO	No refiere
Valvulopatías:	NO	No refiere
Infeccioso:	NO	No refiere
Trastornos Gastrointestinales:	NO	No refiere
Trastornos Hormonales:	NO	No refiere
Trastornos Neuronales:	NO	No refiere
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC:	NO	No refiere
Artritis Reumatoide:	NO	No refiere
Enfermedad de Visión:	NO	No refiere
Cataratas:	NO	No refiere
Desprendimiento de retina:	NO	No refiere
Glaucoma:	NO	No refiere
Retinopatía diabética:	NO	No refiere
Ojo seco:	NO	No refiere

Enfermedad cerebro vascular:	NO	No refiere
Evento trombótico:	NO	No refiere
Evento Embólico:	NO	No refiere
Evento Hemorrágico:	NO	No refiere
Enfermedad Vascular:	NO	No refiere
Obstrucciones Arteriales:	NO	No refiere
Aneurismas aórticos:	NO	No refiere
Enfermedad de Buerger:	NO	No refiere
Fenómeno de Raynaud:	NO	No refiere
Coágulo Sanguíneos venosos:	NO	No refiere
Embolia Pulmonar:	NO	No refiere
Flebitis:	NO	No refiere
Enfermedad Renal:	NO	No refiere
Insuficiencia renal aguda:	NO	No refiere
Daño renal agudo:	NO	No refiere
Insuficiencia renal crónica:	NO	No refiere
Otros:	NO	No refiere

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
OSTEOTOMIA DERECHA 2015	No refiere
APENDIECECTOMIA	No refiere

ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
no refiere	No refiere

ANTECEDENTES ALÉRGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
no refiere	No refiere

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS	
DESCRIPCIÓN	FECHA
no refiere	No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Hipertensión	NO	No refiere
Cáncer de Próstata	NO	No refiere
Diabetes	SI	Padre
Cáncer de Colón	NO	No refiere
Cardiovasculares	NO	No refiere
Cáncer de Pulmón	NO	No refiere
Cáncer de Mama	NO	No refiere
Otro Tipo de Cáncer	NO	No refiere
Otros Antecedentes:	No refiere	

HÁBITOS SALUDABLES			
Hábitos Saludables:	No refiere	Consumo de alimentos Ricos en fibra:	NO
Bajo consumo de sal:	NO	Peso adecuado para la talla:	NO
Toma medicamentos antihipertensivos:	NO	Toma de agua:	NO
Realiza mínimo 30(min) de actividad física durante el día:	NO	¿Consume vegetales o frutas diariamente?:	NO
Bajo Consumo de grasas:	NO	Horas de sueño adecuadas (8H):	NO
Ha tenido eventos de azúcar alta sangre? (hiperglucemia):	NO		
HÁBITOS NO SALUDABLES			
Sustancias Psicoactivas:	NO	No refiere	
Alcohol:	NO	No refiere	
Frecuencia (Alcohol):	0	No refiere	
Fumador:	No	No refiere	