P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440823489** Fecha 02/09/2025 Hora 6.33 PM

440823489-32916222

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
DURAN	LA ROTTA	JUAN	DAVID	TI	1110369895	3335350

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 98 3 B 65	VALLE DEL CAUCA	CALI	2008/06/08		gestionmecanicos@comfandi

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	JUAN DAVID DURAN LA ROTTA	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	OSORIO RUIZ MIGUEL ANGEL	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
R42X	Desde 2025/09/02 Hasta 2025/12/01	2025-01-00615558

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/19		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 508

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 CRUCE CAPITACION

Gabriela Cadán

Firma Usuario

1006016194

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 6:33 PM

ESPECIALISTAS FARALLONES

Dr. Miguel Angel Osorio Ruiz

Pediatra Neonatólogo - Infectología Neonatal

Fecha: VIII — /2025

Nombre: [illegible] Jaramillo.

TI 1110369895

SS

1 Resonancia Nuclear Magnética Sin Contraste Cerebral

Pk con Lipotimia y Adolescimiento de Extremidades

Calle 9C No. 50-25 Cons. 708 / Tel: 602 487 8078 - Cel: 315 586 9027
E-mail: consultoriodoctorosorio@gmail.com - mosorioruiz@gmail.com
Cali - Colombia

ESPECIALISTAS FARALLONES

Dr. Miguel Angel Osorio Ruiz

Pediatra Neonatólogo - Infectología Neonatal

Fecha: VIII - 19 / 2025

Nombre: Yon Duran.

TI 1111036989

Se Solicita

Recordio y Brand

Pte con Zapatitos

y Adormecimiento

de manos

Calle 9C No. 50-25 Cons. 708 / Tel: 602 487 8078 - Cel: 315 586 9027 3150696555

E-mail: consultoriodoctorosorio@gmail.com - mosorioruiz@gmail.com

Cali - Colombia

Datos del Paciente — Admisión: 1310 — Fecha Atención: 19-08-2025 15:55

Nombre	JUAN DAVID DURAN LA ROTTA			**Identificación**		TI-1110369895	
F.Nacimiento	08-06-2008	**Edad**	17 años 2 meses 11 días	**Genero**	Masculino		
T. Sangre	O+	**E. Civil**		**Ocupación**	ESTUDIANTE		
Dirección	CARRERA 98 3B 65	**Municipio**		CALI	**Celular:**	3173318744 / 3164321357	
Entidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS			**Regimen**		CONTRIBUTIVO COMPLEMENTARIO	
Discapacidad	Ninguna	**Etnia**			**Tipo origen**		

Anamnesis

Motivo de Consulta

PTE QUIEN RELATA MAREOS CON CAMBIOS DE POSICION DESDE HACE 3 SEMANAS CON CAIDA EN LA CALLE Y CASA SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO ADEMAS ADORMECIMIENTO DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES LO CUAL LE PREOCUPA PORQUE HA LIMITADO SUS ACTIVIDADES DIARIAS

Enfermedad Actual

PTE QUIEN RELATA MAREOS CON CAMBIOS DE POSICION DESDE HACE 3 SEMANAS CON CAIDA EN LA CALLE Y CASA SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO ADEMAS ADORMECIMIENTO DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES LO CUAL LE PREOCUPA PORQUE HA LIMITADO SUS ACTIVIDADES DIARIAS

Antecedentes personales

Patologicos

Quirurgicos

Farmacologicos

Inmunizaciones

Familiares

Antecedentes Habitos

Fumador:	No	**Indice de cigarillos por año:**	
Exposición Humo de Leña :	No	**Años de Exposición:**	Ninguno
Sustancias Psicoactivas:		**Sustancias:**	
Consumo de Alcohol:	No	**Consumo de Alcohol en el ultimo año:**	No
Actividad Fisica:		**Actividades/Frecuencia:**	

Revisión por sistema

sintomas_generales LO NARRDO EN ENFERMEDAD ACTUAL

Examen Fisico

Genero	Masculino	**Frecuencia Cardiaca**	100 (lpm)
Peso	(kg)	**Frecuencia Respiratoria**	30 (resp/min)
Talla	177(cm)	**Presiona Arterial**	120/80 (mmHg)
Superficie Corporal	0.00 (mc)	**Índice de Masa Corporal**	0.00
Perímetro Cefálico			
Observaciones			