P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **443058536** Fecha 21/10/2025 Hora 4:42 PM

443058536-32767123

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	Nl 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
CAMPO	VALENCIA	MARIBEL		CC	1005869868	3117823048

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 75 27 114	VALLE DEL CAUCA	CALI	2000/08/28		maribelcampovalencia11@g

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	MARIBEL CAMPO VALENCIA	800100511	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	BARRIOS BRIEVA JULIO RAFAEL	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
R104	Desde 2025/10/16 Hasta 2026/01/14	2025-04-00768283

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/20		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS

VALOR TOTAL $TARIFA CONVENIDA

Manejo Integral según Guía:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
881401	1	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	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 CRUCE CAPITACION

Maribel Campo

Firma Usuario

1005869868

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 4:42 PM

PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA ARAGON
NIT. 805027337-4
Carrera 26U Calle 76 (Tel:)
Promocion y Mantenimiento de la Salud

Ordenacion 61766
202509170037 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: MARIBEL CAMPO VALENCIA
Numero de cedula: CC 1005869868
Género: Femenino
Edad: 25 Ano(s)
Dirección: CALLE 75 #27-114
Teléfono: 3225196463
Celular: 3225196463

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS
Cont: (ESSOS) SUBSIDIADO- SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS

- **Ordenación de Procedimientos**

Fecha y Hora: **17/09/2025 11:03:37** **Profesional:Laura Valentina Vargas Correa (medico - Identificacion:CC1007700106)**

Orden: Ambulatoria **Sede:** ALFONSO BONILLA ARAGON
Modulo: Promoción y Mantenimiento de la Salud **Servicio:** PROMOCION Y PREVENCION
Diagnóstico: (Z000) EXAMEN MEDICO GENERAL **Finalidad:** NA
DXR 1: N948 **DXR 2:** R104
Vigencia de esta orden: 90 días a partir de la fecha

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(890250)		CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA	1	()
(881401)		ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	1	()

Observaciones:

Elaboró:

Dra. Laura Valentina Vargas correa
Médico General
RM 1007700106

LAURA VALENTINA VARGAS CORREA
MEDICO - RURAL
Registro Profesional 1007700106

Paciente:

MARIBEL CAMPO VALENCIA
CC 1005869868

MINISTERIO DE DE PROTECCIÓN SOCIAL
ANEXO TÉCNICO N°. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD: 0 0 0 3 0 8 5 0 5 9 | Fecha: 2 0 2 5 - 0 9 - 1 7 | Hora: 1 1 : 0 6 : 4 7

Nombre Prestador: PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA ARAGON | NIT: 8 0 5 0 2 7 3 3 7 - 4

Código 7 6 0 0 1 0 3 9 5 7 1 3 | Dirección Prestador Carrera 26U Calle 76

Telefono | Indicativo + Numero | Departamento: Valle del Cauca 7 6 | Municipio: CALI 0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACIÓN: EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS | CÓDIGO: E P S 0 1 8

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CAMPO	VALENCIA	MARIBEL	

Tipo Documento Identificación
- [ ] Registro civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjeria
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1 0 0 5 8 6 9 8 6 8 — Número Documento de Identificación

Fecha de Nacimiento 2 0 0 0 - 0 8 - 2 8

Dirección de Residencia Habitual: CALLE 75 #27-114 ALFONSO BONILLA ARAG | Teléfono: 3225196463

Departamento: Valle del Cauca 7 6 | Municipio: CALI 0 0 1 | Teléfono Celular 3 2 2 5 1 9 6 4 6 3

Correo Electrónico: SINCORREO@REDORIENTE.GOV.CO

Cobertura en Salud
- [ ] Régimen Contributivo
- [X] Regimen Subsidiado - Total
- [ ] Régimen Subsidiado - Parcial
- [ ] Población Pobre No Cubierta
- [ ] Poblacion Pobre No Subsidiada
- [ ] Desplazado
- [ ] Planes Adicionales de Salud
- [X] Otro Cual: Subsidiado POS

Origen
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de Trabajo
- [ ] Accidente de Transito
- [ ] Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados
- [ ] Posterior a la atención inicial de urgencias
- [ ] Servicios electivos

Prioridad de la atención
- [X] Prioritaria
- [ ] No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización
- [ ] Consulta Externa
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio: PROMOCION Y PREVENCION | Cama:

Manejo integral según Guía de:

881401	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	1.00
890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA GIN...	1.00

Otros Servicios:

Justificación Clínica:

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO EN MANEJO CON LEVOTIROXINA 50 MCG QUIEN ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINCIO DE APROXIMADAMENTE 3 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR REFIERE POSTERIOR A PRESENTAR ABORTO ESPONTANEO EN JUNIO DE ESTE AÑO. NIEGA ALGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO FUM: 15.02.2025 PLANIFICACION: NIEGA

Impresión Diagnostica	Código CIE10	Descripción:
Diagnóstico Principal	Z 0 0 0	• EXAMEN MEDICO GENERAL
Diagnóstico Relacionado 1	N 9 4 8	• OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS ASOCIADAS CON LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL CICLO MENSTRUAL
Diagnóstico Relacionado 2	R 1 0 4	• OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 3		
Diagnóstico Relacionado 4		

Profesional que solicita
Nombre: LAURA VALENTINA VARGAS CORREA | Teléfono
Cargo: MEDICO - RURAL | Teléfono Celular | Indicativo + Número + Ext

Impreso por:

Dra laura Valentina Vargas correa
Médico General
RM 1007700106

LAURA VALENTINA VARGAS CORREA
MEDICO - RURAL
Registro Profesional 1007700106

PUESTO DE SALUD ALFONSO BONILLA ARAGON
Carrera 26U Calle 76 - Tel:
Nit. 805027337-4
RESUMEN EPICRISIS
Desde: 17 de Septiembre de 2025 Hasta 17 de Septiembre de 2025
CC 1005869868 - MARIBEL CAMPO VALENCIA

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	28/08/2000 - 25 Año(s)
Género:	Femenino
RH	Desconoce
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Basica Secundaria
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	Soltero
Grupo de atención:	Negro
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	SINCORREO@REDORIENTE.GOV.CO
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Valle Del Cauca
Municipio:	Cali
Dirección:	Calle 75 #27-114
Telefono:	3225196463 - 3225196463

Administradora	Tipo de usuario
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Subsidiado POS

Atención: 202509170037 - [760010395713] ALFONSO BONILLA ARAGON

Fecha y Hora de Ingreso: 17/09/2025 10:51:15			
identificación:	CC 1005869868	Edad en la atención:	25 Ano(s)
Administradora:	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Nombre:	MARIBEL CAMPO VALENCIA
Poliza:		Tipo de Usuario:	Subsidiado Pos
Servicio de ingreso:	Promocion Y Prevencion	Autorización:	

Datos del acompañante

Tipo: Solo

PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

• Antecedentes

Fecha y Hora: 17/09/2025 10:55:29 **Profesional:** Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .)

Planificación:	No	Metodo: Sin Metodo
Familiares:	No	MADR DM2, ABUELAS HTA
Personales:	No	TRABAJA INDEPENDIENTE VIVE CON PADRES
Patológicos:	No	HIPOTIROIDISMO DESDE LOS
Obstétricos:	No	G1P0A1 ABORTO ESPONTANEO EN JUNIO 2025
Ginecológicos:	No	MENARCA: 12 AÑOS SEXARCA: 14 AÑOS FUM: 15.02.2025 PLANIFICACION: NIEGA FUC: 2023 NEG PARA MALIGNIDAD
Quirúrgicos:	No	NIEGA
Tóxico:	No	
Alérgicos:	No	CIPROFLOXACINO ---- RASH
Fisiológicos:	No	
Alimentarios:	No	
Traumaticos:	No	
Farmacologicos:	No	LEVOTIROXINA 50 MCG

• Rev.Sistemas y Ex.Fisico

Exámen Físico

Estado General:		PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE OBSERVA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, UBICADA EN LAS 3 ESFERAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, COLABORADORA
Cabeza:	Normal	NORMOCEFALA, SIN DEFORMIDADES APARENTES
Ojos:	Normal	PUPILAS ISOCÓRICAS Y FOTORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS Y HÚMEDAS.
Oidos:	Normal	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
Nariz:	Normal	MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, FOSAS NASALES PERMEABLES, SIN SECRECIÓN.
Boca:	Normal	OROFARINGE SIN ALTERACIONES
Cuello:	Normal	MÓVIL SIN DOLOR A LA MOVILIZACIÓN. NO SE PALPAN ADENOPATÍAS. NO INGURGITACIÓN YUGULAR.
Torax:	Normal	NORMOEXPANSIBLE, SIMÉTRICO, SIN DEFORMIDADES. NO DOLOR A LA PALPACIÓN. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS NI DESDOBLAMIENTOS, EN CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAGREGADOS.
Abdomen:	Normal	ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL O PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
G/U:	Normal	
Ano:	Normal	
Extremidades:	Normal	MÓVILES Y SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG.
Neurológico:	Normal	GLASGOW 15/15, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. SENSIBILIDAD Y FUERZA CONSERVADA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE
Osteomuscular:	Normal	
Piel:	Normal	ÍNTEGRA, SIN LESIONES APARENTES, CON ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL
Revisión por sistema:		
Sistemático Respiratorio:	No	
TBC Multidrogoresistente:	No Aplica	
Sintomático de Piel:	No	
Lepra:		
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(70) Normal	

(89020502)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA [ATENCION PLANIFICACION FAMILIAR]	1	()

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 17/09/2025 11:04:19 **Profesional:**Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .) **Identificacion:**CC1007700106

Orden: Ambulatoria **Sede:** ALFONSO BONILLA ARAGON

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(89020316)		CONSULTA PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL JUVENTUD	1	()
(99731016)		CONTROL DE PLACA DENTAL_JUVENTUD	1	()

Observaciones

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 17/09/2025 11:05:25 **Profesional:**Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .) **Identificacion:**CC1007700106

Orden: Ambulatoria **Sede:** ALFONSO BONILLA ARAGON

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(903815)		COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	1	()
(903816)		COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	1	()
(903818)		COLESTEROL TOTAL	1	()
(903868)		TRIGLICERIDOS	1	()
(902210)		HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS	1	()
(903841)		GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	()
(907106)		UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1	()
(907004)		COPROSCOPICO. -- INCY : PH - SANGRE OCULTA - AZUCARES REDUCTORES - ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARASITOS	1	()
(903895)		CREATININA EN SUERO U ORINA	1	()
(904902)		HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1	()
(904921)		TIROXINA LIBRE [T4L]	1	()
(906249)		VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS	1	()
(906039)		TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (FTAABS O TPHAPRUEBA TREPONEMICA) SEROLOGIA CONFIRMATORIO SIFILIS	1	()
(906317)		HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	1	()
(904508)		GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	1	()

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 17/09/2025 11:05:45 **Profesional:**Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .) **Identificacion:**CC1007700106

Orden: Ambulatoria **Sede:** ALFONSO BONILLA ARAGON

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(89290101)		TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO CCV [CITOLOGIA]	1	()

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 17/09/2025 11:06:00 **Profesional:**Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .) **Identificacion:**CC1007700106

Orden: Ambulatoria **Sede:** ALFONSO BONILLA ARAGON

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(A2200112)		IDENTIFICACION Y CANALIZACION EFECTIVA DE LA POBLACION HACIA LA DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPE	1	()

Observaciones:

- **Prescripcion A**

No: 202509170037-1 **Fecha y Hora:** 17/09/2025 11:06:39 **Profesional:**Laura Valentina Vargas Correa.(medico - .)

Codigo	Nombre	Dosis	Via Administracion	Frecuencia	Duracion	Cantidad Total	
060012	NITAZOXANIDA 500 MG NITAZOXANIDA 500 MG	1.00 TABLETA	ORAL	Cada 12 HORA(S)	3 DIA(S)	6	6 TABLETA

Obs: TOMAR 1 TAB DESPUES DEL DESAYUNO Y 1 TAB DEPSUES DE LA CENA X 3 DIAS

Observaciones:

Impreso Por:



LAURA VALENTINA VARGAS CORREA
MEDICO - RURAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.869.868

CAMPO VALENCIA

APELLIDOS

MARIBEL

NOMBRES

Maribel Campo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2000

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-NOV-2018 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-3100100-01054633-F-1005869869-20190111 0064092135A 1 51967576