P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **442370861** Fecha 30/09/2025 Hora 11:03 AM

442370861-33143133

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
MONTENEGRO	ERAZO	DIANA	MILENA	CC	38462300	3206286087

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 98 27D 150 ALFONSO BONILLA ARAGON	VALLE DEL CAUCA	CALI	1980/11/18		naranjosvaleria12@gmail.

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	JESUS RODOLFO NARANJOS RIOS	94490378	NARANJOS RIOS JESUS RODOLFO

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
CONYUGE	ROJAS CALVACHE GERMAN ANDRES	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M174	Desde 2025/09/30 Hasta 2025/12/29	2025-01-00724006

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/25		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 279

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

Linea 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

Diana M.

Firma Usuario

38462300

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 11:03 AM

comfandi

Creación: 25/09/2025 14:47:56

IPS ESPECIALISTAS TEQUENDAMA

Número de orden: 19395548

Nombre del paciente: DIANA MILENA MONTENEGRO ERAZO		**Identificación:**CC	38462300
Edad :44 Años 10 Meses 8 Dias	**Fecha de nacimiento:**18/11/1980	**Sexo:**Femenino	**Prioridad:**
Convenio:SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CO	**T.Vinculación:**RCT: Beneficiario	**Categoría:**A	**Dx:**M174

Prestación	Denominación	Localización	Comentario	Cantidad
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES GONIOMETRIA U ORTOGRAMA EN FORMATO 14"" X 36"" ADULTOS	Ninguna localización		0001

Justificación:

Firmado Electrónicamente:ROJAS CALVACHE GERMAN ANDRES Registro Médico 19755

comfandi

Creación: 25/09/2025 14:47:07

IPS ESPECIALISTAS TEQUENDAMA

Número de orden: 19395546

Nombre del paciente: DIANA MILENA MONTENEGRO ERAZO		**Identificación:**CC	38462300
Edad :44 Años 10 Meses 8 Dias	**Fecha de nacimiento:**18/11/1980	**Sexo:**Femenino	**Prioridad:**
Convenio:SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CO	**T.Vinculación:**RCT: Beneficiario	**Categoría:**A	**Dx:**M174

Prestación	Denominación	Localización	Comentario	Cantidad
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ORTOPEDIA Y TRAUMA	Ninguna localización	CIRUGIA DE RODILLA III NIVEL	0001

Justificación:

PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA, ACTUALMENTE EN MANEJO POR ENDOCRINOLOGÍA Y EN PROCESO DE EVALUACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA. CANDIDATA A ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA Y POSIBLE OSTEOTOMÍA VALGUIZANTE. SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA DE RODILLA DE TERCER NIVEL PARA DEFINIR CONDUCTA Y ESTRATEGIA PERIOPERATORIA ANTE EL MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS ASOCIADAS A LA OBESIDAD MÓRBIDA. SE REQUIERE RX PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES PARA COMPLETAR ESTUDIO PREQUIRÚRGICO..

Firmado Electrónicamente:ROJAS CALVACHE GERMAN ANDRES Registro Médico 19755

Historia Clínica General

Paciente	: DIANA MILENA MONTENEGRO ERAZO	**Fec Nac.**	: 18.11.1980
Identificación	: CC - 38462300	**Edad/Sexo**	: 44 a / F
Especialidad	: U.T. Ortopedia	**Fecha Adm.**	: 25.09.2025
Ubicación	: Centro Especialistas Clinica A	**Cama/Epis.**	: / 39594696
Fec. Registro	: 25.09.2025	**Hora Reg.**	: 14:35:07
Aseguradora	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

Mod.atención : Presencial
Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : DOLOR EN RODILLAS
Enfermedad Actual : PACIENTE QUE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE CAIDA DE UNA ALTURA DE MAS O MENOS UN METRO DEALTURA DESDE LAS GRADAS CON TRAUMA EN RODILLA IZAQUIERDA, DESDE ENTONCES DOLOR, LIMITAICION FUNCIONAL,SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO. TIENE RMN SIMPLE DE RODILLA IZQUIERDA DE OCTUBRE 2024: LESON CONDRAL SEVERA (GRSADO IV) EN SURCO Y FACETA MEDIAL DE RODILLA IZQUIERDA, LESION DE CUERPO DE MENSICO MEDIAL. TIENE RX DE RODILALS JKULIO 2025: GENU VARO BILAERAL PREDOMINO IZQUIERDO

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : .

Ojos : .

Otorrinolaringología : .

Cuello : .

Tórax : .

Cardiaco : .

Pulmonar : .

Digestivo : .

Genitourinario : .

Sist. Nerv. Central : .

Piel : .

Extremidades : .

Otros : .

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 37,0	°C	**Peso**	: 119,0	Kg	**Per. Cefálico**	:	cm
Presión arterial	: 110 / 70	mm Hg	**Per. Abd.**	:	cm	**Talla**	: 1,57	mtrs
Frec. Cardíaca	: 80	x min	**IMC**	: 48,278	Kg/m2	**SC (m2)**	: 2,31	
Frec. Respiratoria	: 13	x min	**Sat con O2**	:	%	**Sat sin O2**	: 98,00	%

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Ausencia de Deshidratación
Estado General : Bueno

Hallazgos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38462300

MONTENEGRO ERAZO
APELLIDOS

DIANA MILENA
NOMBRES

Diana Montenegro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1980
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-JUL-2000 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-3100100-65085146-F-0038462300-20001011 04026 00265A 01 096123823