P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **443492550** Fecha 23/10/2025 Hora 9.57 AM

443492550-33233579

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
ROSALES	LEDESMA	LUZ	LEONOR	CC	31271946	3122371519

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipo	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 61 1816	VALLE DEL CAUCA	CALI	1956/11/18		luzroles7@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	LUZ LEONOR ROSALES LEDESMA	900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
CONYUGE	YAMILE NIEVES ORTIZ	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M751	Desde 2025/10/23 Hasta 2026/01/21	2025-01-00791137

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/30		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 360

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 RX PANORAMICA CON APOYO

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Firma Usuario

31-231-546

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 9:57 AM

Creación: 30/09/2025 11:06:46

IPS ESPECIALISTAS TEQUENDAMA

Número de orden: 19404107

Nombre del paciente:	LUZ LEONOR ROSALES LEDESMA	**Identificación:**CC	31271946		
Edad :68 Años 10 Meses 13 Dias	**Fecha de nacimiento:**18/11/1956	**Sexo:**Femenino	**Prioridad:**	Prioritario	
Convenio:SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CO	**T.Vinculación:**RCT: Cotizante	**Categoría:**A	**Dx:**M751		

Prestación	Denominación	Localización	Comentario	Cantidad
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES GONIOMETRIA U ORTOGRAMA EN FORMATO 14"" X 36"" ADULTOS	Ambos lados	RX PANORAMICA D E MIIS CON APOYO EN AP	0001

Justificación:

MANGUITO IZDO

Firmado Electrónicamente:CHARRY HAROLD Registro Médico 29894

2052

comfandi

Historia Clínica General

Paciente	: LUZ LEONOR ROSALES LEDESMA	**Fec Nac.**	: 18.11.1956
Identificación	: CC - 31271946	**Edad/Sexo**	: 68 a / F
Especialidad	: U.T. Ortopedia	**Fecha Adm.**	: 30.09.2025
Ubicación	: Centro Especialistas Clinica A	**Cama/Epis.**	: / 39612315
Fec. Registro	: 30.09.2025	**Hora Reg.**	: 10:55:51
Aseguradora	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

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

Motivo de Consulta : OMALGIA DE LADO IZDO
Enfermedad Actual : PACIENTE QUE DESDE HACE UNOS DOS MESES COMIENZA CON DOLRO DE HOMBRO IZDO RECIDIVA DE DOLOR DE HACE UNOS AÑOS ATRAS QUE SE MANEJO CON TERAPIAS

Revisión Por Sistemas

Cabeza y Craneo : N

Ojos : N

Otorrinolaringología : N

Cuello : N

Tórax : N

Cardiaco : N

Pulmonar : N

Digestivo : N

Genitourinario : N

Sist. Nerv. Central : N

Piel : N

Extremidades : N

Otros : N

Signos Vitales de Ingreso Vivo

Temperatura	: 37,0		°C	**Peso**	: 74,0	Kg	**Per. Cefálico**	:	cm
Presión arterial	: 120	/ 80	mm Hg	**Per. Abd.**	:	cm	**Talla**	: 1,62	mtrs
Frec. Cardíaca	: 76		x min	**IMC** :	28,197	Kg/m2	**SC (m2)**	: 1,85	
Frec. Respiratoria	: 22		x min	**Sat con O2**	:	%	**Sat sin O2**	:	%

Examen Físico

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

Hallazgos

Cabeza y Craneo : N
Ojos : N
ORL : N

Historia Clínica General

Boca : N
Cuello : N
Tórax/Mamas : N
Abdomen : N
Genitourinario : N
Extremidades : NEER + + JOBE + + CROS OBER + + LADO IZDO
Sist. Nev. Central : N
Ex. Mental : N
Piel y Faneras : N
Otros Hallazgos : N

Análisis y Conducta : SE INDICA RMN DE HOMBRO IZDO EVALUAR MANGUTO ROTADOR FST DE HOMBRO
Firmado electrónicamente por

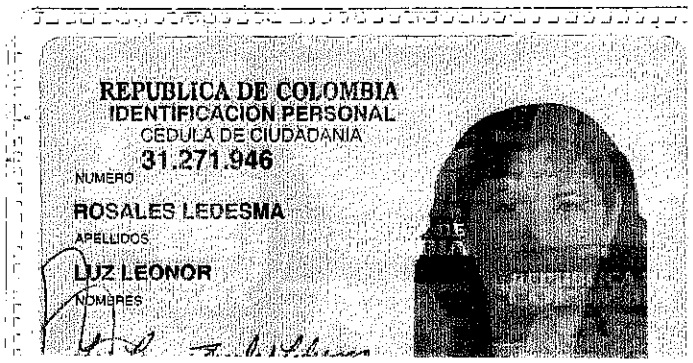
Responsable : CHARRY,HAROLD **Registro Profesional** : 29894
Profesión : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos

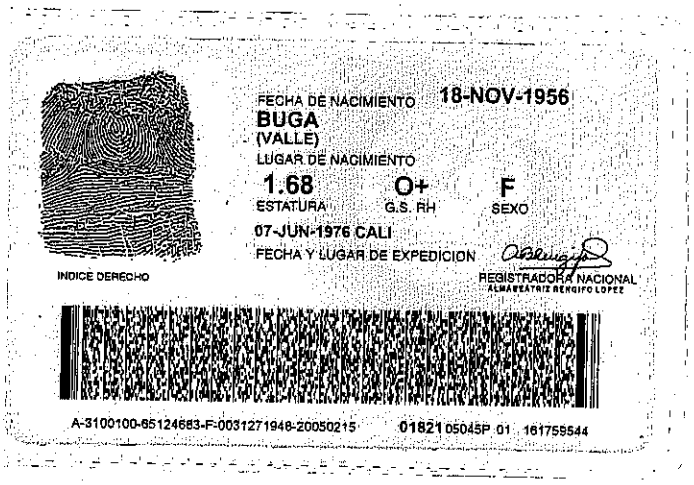
Fecha : 30.09.2025 / 11:20
Codigo : M751
Diagnostico : SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Clase : Confirmado Nuevo
Firmado electrónicamente por
Responsable : CHARRY, HAROLD
Profesión : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Fecha : 30.09.2025 / 11:20
Codigo : M751
Diagnostico : SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Clase : Confirmado Nuevo
Firmado electrónicamente por
Responsable : CHARRY, HAROLD
Profesión : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Órdenes Clínicas

Fecha : 30.09.2025 **Hora** : 11:20
Responsable : **Profesión** :
0000890380 CONSULTA DE CONTROL POR ORTOPEDIA Y TRAU



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
31.271.946
NUMERO
ROSALES LEDESMA
APELLIDOS
LUZ LEONOR
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1956
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
07-JUN-1976 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-65124683-F-0031271948-20050215 01821 05045P 01 161759544