P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441080418** Fecha 09/10/2025 Hora 11.33 AM

441080418-32131727

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
AGUILAR	SOTO	JORGE	FANOR	CC	16773867	3113831787

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 41B 25 29	VALLE DEL CAUCA	CALI	1970/01/11		claudiapinillos.

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	JORGE FANOR AGUILAR SOTO	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	VERA VEGA OMARYS	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
I694	Desde 2025/09/04 Hasta 2025/12/03	2025-01-00639328

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/08		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 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 MEDICO INDICA RNM DE EREBRO CON ESPECTROSCOPIA REQUEIRE OPS ATENCION EVENTO PRESTADOR DE RED PGP NO REALIZA RAN CON ESPECTROSOCOPIA

Corte de cuenta máximo $ 0 Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL CRUCE CAPITACION

Jorge Fanor Aguilar
Firma Usuario

16773867
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 11:33 AM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441080425** Fecha 09/10/2025 Hora 11.33 AM

441080425-32131727

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
AGUILAR	SOTO	JORGE	FANOR	CC	16773867	3113831787

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 41B 25 29	VALLE DEL CAUCA	CALI	1970/01/11		claudiapinillos.

Plan	Nombre del Trabajador	NIT Empresa
POS	JORGE FANOR AGUILAR SOTO	

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	VERA VEGA OMARYS	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
I694	Desde 2025/09/04 Hasta 2025/12/03	2025-01-00639328

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/08		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS **VALOR TOTAL** STARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia: **VALOR CORTE CUENTA $** 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
883905	1	ESPECTROSCOPIA	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 MEDICO INDICA RNM DE EREBRO CON ESPECTROSCOPIA REQUEIRE OPS ATENCION EVENTO PRESTADOR DE RED PGP NO REALIZA RAN CON ESPECTROSOCOPIA

Corte de cuenta máximo $ 0 **Sujeto a revisión por auditoria cuentas**

Jorge Fanor Aguilar
Firma Usuario

16773867
Nro. Identificación

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

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 11:33 AM

Evita desplazamientos, registra, consulta y descarga autorizaciones médicas a través de whatsapp **318 508 32 62 opc 11** y también desde la oficina virtual.
¡Canales digitales, soluciones al alcance de tu mano!

Sede Nacional:	Carrera 56 #11a-88	***Visita nuestras páginas web***	***SÍGUENOS***
Línea Nacional:	01 8000 938 777	www.sos.com.co	
PBX:	(602) 489 86 86	www.pac-sos.com.co	

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 28/10/2025 **Afiliado :** JORGE FANOR AGUILAR SOTO
Identificación: 16773867 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: IPS COMFANDI TORRES
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
441080418	SI		5194587
441080425	SI		5194588

Soporte para presentación de facturas, sujeto a revisión de auditoria médica
Documento de control entre la IPS y la EPS

28/10/2025 07:03:09 UD951301361

1

1

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: AGUILAR SOTO, JORGE FANOR, Identificado(a) con CC-16773867			
Edad y Género: 55 Años, Masculino			
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE		**Nombre de la Entidad:**	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS CONTRIBUTIVO
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO/CONSULTA EXTERNA TORRE	**Habitación:**	**Identificador Único:** 10242599-1

Diagnóstico: I694: SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO

IMAGENOLOGIA

Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
08/08/2025 12:46	883905	ESPECTROSCOPIA		1	METASTASIS CEREBRAL VS ACV? ANT DE CA DE LARINGE / -**-
08/08/2025 12:47	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		1	RESONANCIA MAGNETICA CON ESPECTROSCOPIA ACV VS LESION METATSICA ANT CA DE LARINGE / -**--*

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: OMARYS VEGA VEGA, NEUROLOGIA - Registro: 39463643, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 39463643

Firmado Electrónicamente


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 16.773.867
AGUILAR SOTO
APELLIDOS
JORGE FANOR
NOMBRES

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: **CC 16773867**		
Paciente: **JORGE FANOR AGUILAR SOTO**		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): **11/01/1970 00:00**		
Edad y sexo biológico: **55 Años, Masculino**		
Identificador único: **10242599**	Financiador: **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS CONTRIBUTIVO**	
Ubicación: **CONSULTA EXTERNA TORRE**	Servicio: **CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO**	Cama:

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 08/08/2025 12:40 - Ambulatoria - Sede: CLINI REMEDIOS INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA - Ubicación: CONSULTA EXTERNA TORRE - Servicio: CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO

Consulta médica - NEUROLOGIA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: NOTA COMPLEMENTRIA
LESION CEREBELOS DERECHA CON MALACIA ADYAENTE TRA APLCIACION DE CONTRASTE MEUSTRA REALCE NODULAR Y HOMOGENO, A DYACENTE EDEMA VASOGENCI, IMAGNES DE FOCOS MALACIOS EN PEDUNCOLOS CEREBEOLOSOS DERECHOS QUE NO RESTRIGNE EN DIFUSION POR LO CUAL SE PEDIRA UNA RMN DE CEREBRO DE COTNROL CON ESPECTOSCOPIA POR ANTECETNES APTOLOGICSO DE CA DE LARINGE PARA HACE DIFERNECIAL SI HAY COMPONENTE METASTASICO
SS FUNCIONAL RENAL
Enfermedad actual: NOTA COMPLEMENTRIA
LESION CEREBELOS DERECHA CON MALACIA ADYAENTE TRA APLCIACION DE CONTRASTE MEUSTRA REALCE NODULAR Y HOMOGENO, A DYACENTE EDEMA VASOGENCI, IMAGNES DE FOCOS MALACIOS EN PEDUNCOLOS CEREBEOLOSOS DERECHOS QUE NO RESTRIGNE EN DIFUSION POR LO CUAL SE PEDIRA UNA RMN DE CEREBRO DE COTNROL CON ESPECTOSCOPIA POR ANTECETNES APTOLOGICSO DE CA DE LARINGE PARA HACE DIFERNECIAL SI HAY COMPONENTE METASTASICO
SS FUNCIONAL RENAL

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO
Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - CIE10 I694 - SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 08/03/2025, Edad al diagnóstico: 55 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: NOTA COMPLEMENTRIA
LESION CEREBELOS DERECHA CON MALACIA ADYAENTE TRA APLCIACION DE CONTRASTE MEUSTRA REALCE NODULAR Y HOMOGENO, A DYACENTE EDEMA VASOGENCI, IMAGNES DE FOCOS MALACIOS EN PEDUNCOLOS CEREBEOLOSOS DERECHOS QUE NO RESTRIGNE EN DIFUSION POR LO CUAL SE PEDIRA UNA RMN DE CEREBRO DE COTNROL CON ESPECTOSCOPIA POR ANTECETNES APTOLOGICSO DE CA DE LARINGE PARA HACE DIFERNECIAL SI HAY COMPONENTE METASTASICO
SS FUNCIONAL RENAL
Plan de manejo: NOTA COMPLEMENTRIA
LESION CEREBELOS DERECHA CON MALACIA ADYAENTE TRA APLCIACION DE CONTRASTE MEUSTRA REALCE NODULAR Y HOMOGENO, A DYACENTE EDEMA VASOGENCI, IMAGNES DE FOCOS MALACIOS EN PEDUNCOLOS CEREBEOLOSOS DERECHOS QUE NO RESTRIGNE EN DIFUSION POR LO CUAL SE PEDIRA UNA RMN DE CEREBRO DE COTNROL CON ESPECTOSCOPIA POR ANTECETNES APTOLOGICSO DE CA DE LARINGE PARA HACE DIFERNECIAL SI HAY COMPONENTE METASTASICO
SS FUNCIONAL RENAL

Firmado por: OMARYS VEGA VEGA, NEUROLOGIA, Registro 39463643, CC 39463643, el 08/08/2025 12:43

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - LABORATORIOS
Firmado electrónicamente