P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **442973508** Fecha 14/10/2025 Hora 9.44 AM

442973508-32071585

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
ACOSTA		BERTHA	RUTH	CC	31205403	6647594

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
cl 57an 2an 118	VALLE DEL CAUCA	CALI	1948/08/15		albertsosa287@hotmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	BERTHA RUTH ACOSTA	890399011	MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	LOPEZ GOMEZ DIANA MARCELA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M796	Desde 2025/10/14 Hasta 2026/01/12	2025-01-00762186

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/10/14		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
871070	1	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	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 574

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

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

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Firma Usuario

31205403

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 9:44 AM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **443618409** Fecha 27/10/2025 Hora 9:19 AM

443618409-32071585

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
ACOSTA		BERTHA	RUTH	CC	31205403	6647594

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
cl 57an 2an 118	VALLE DEL CAUCA	CALI	1948/08/15		albertsosa287@hotmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	BERTHA RUTH ACOSTA	890399011	MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	LOPEZ GOMEZ DIANA MARCELA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M796	Desde 2025/10/27 Hasta 2026/01/25	2025-01-00798760

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/10/14		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS			

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO RADIOLOGIA

VALOR TOTAL $ TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
871040	1	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	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 574

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

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL CRUCE CAPITACION

Firma Usuario

31'205403

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 9:19 AM

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 28/10/2025 **Afiliado :** BERTHA RUTH ACOSTA
Identificación: 31205403 **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
442973508	SI		5197203
443618409	SI		5197204

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

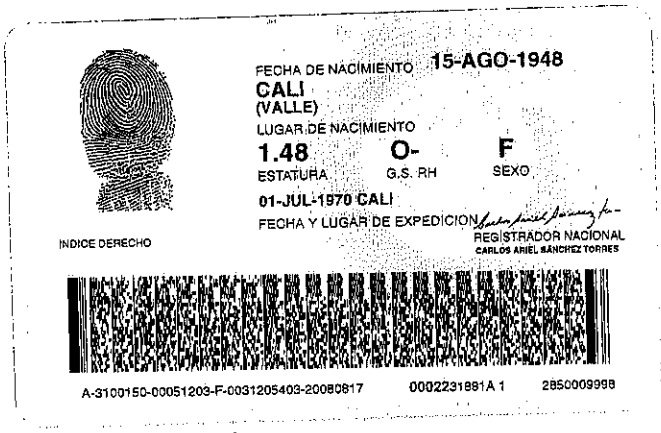
28/10/2025 09:23:11 UD951301361



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.205.403
ACOSTA
APELLIDOS
BERTHA RUTH
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1948
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-JUL-1970 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3100150-00051203-F-0031205403-20080817 0002231881A 1 2850009998

CENTRO REHABILITACION DEL SUR SAS
890315368
AV 2 E NORTE #24N-71

Historia Clinica	31205403
Orden Medica No.	HC-200826
Sede - P.Atencin	CRS-NORTE - CONSULTA EXTERNA
No. Documento	CRSE-340936
Fecha de Impresión	2025-10-14
Usuario	DLOPEZ

HC-200826

echa Orden	14/10/2025	**Vlido Hasta**	12/04/2026	**Afiliado**	BERTHA RUTH ACOSTA		
aciente	BERTHA RUTH ACOSTA			**Tipo**	COTIZANTE	**Estrato**	R1
dentificación	CC -31205403			**Entidad**	SOS (TORRES DE COMFANDI)		
echa Nac.	08/15/1948			**Edad**	77 años	**Sexo**	FEMENINO
iagnostico Principal	(M796) DOLOR EN MIEMBRO						
iagnostico Relacionado	(M545) LUMBAGO NO ESPECIFICADO --						

ertinencia	Código	Descripción	Indicaciones	Autorización	Observaciones	Cantida
egular	883230	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE +	UIUA IMAGENES 602 485 02 26			1
egular	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL §	RX DINAMICA DE COLUMNA LUMBOSACRA POR RETROLISTESIS DE L2 SOBRE L3 GRADO 1			1
egular	930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	EMG + NC DE MMII PROTOCOLO DE RADICULOPATIA			2
egular	891509	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) +	EMG + NC DE MMII PROTOCOLO DE RADICULOPATIA			2
egular	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO +	CONTROL CON RESULTADOS			1

Dra. Diana M. Lopez
MD. ESPECIALISTA RM: 11300136229
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Firma del Usuario

Cadoz



BERTHA RUTH ACOSTA
F.Nacimiento : 1946-08-15 Edad : 77 Año(s) - 1 Mes(es)
CC -31205403 Género : femenino
Dirección : CALLE 67A NORTE 2AN -118 LOS ALAMOS
Móvil : No Tiene Teléfono : 3178016941
E-mail albertsoa207@hotmail.com
Entidad : SOS (TORRES DE COMFANDI)
Ocupación : VACIO Tipo Vinculación : Prima EPS/ EOC, no asegurados SOAT
Estado civil : VACIO

CENTRO REHABILITACIÓN DEL SUR SAS
890315368
AV 2 E NORTE #24N-71

Fecha Evolución: 2025-10-14- 09:04:35 AM
Usuario: KPERIÑAN

Historia N° 1 Código: 483178

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Línea Producto : CONSULTA MEDICINA GENERAL
Fecha Atención: 14-10-2025 8:42 AM

No Documento : CRSE - 340935
Estado : ABIERTO

Código Prestador : 760010220002
Sede : CRS-NTE

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta

Motivo de Consulta

DOLOR EN PANTORRILLA IZQUIERDA

Enfermedad Actual

SE CONFIRMAN DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE, CONFIRMO LA IDENTIDAD DEL PACIENTE CORROBORANDO NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS, ASI COMO SU NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 77 AÑOS, PROCEDENTE DE CALI, DOMINANCIA DIESTRA, OCUPACIÓN PENSIONADA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS A CONSULTA POR DOLOR EN PANTORRILLA IZQUIERDA, DESDE EL 24.07.20258 TIEMPO DE EVOLUCION NO ASOCIADO A TRAUMAS, REFIERE PREVIO UN CUADRO DE DOLOR LUMBAR. ACTUALMENTE DOLOR ES INTERMITANTE EN LA PANTORRILLA, SE PRODUCE EN LAS MAÑANA, SE ASOCIA A PARESTESIAS EN MIEMRBO INFERIOR "AL COMIENZO ERA HASTA EN EL PIE" LO CALIFICA 7/10 EN EVA, HA REALIZADO TERAPIAS FISICAS 8 SS PARTICULARES FINALIZADAS SEPTIEMBRE. MANEJO DE DOLOR DICLOFENACO + BETAMETASONA,, ETORICOXIB, MELOXICAN, TRAMADOL, TIZANIDINA SIN CONTROL DE DOLOR.

ESTUDIOS:
09.09.2025: RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA (LECTURA) CUERPOS VERTEBRALES DE ALTURA Y TAMAÑO NORMAL. RETROLISTESIS DE L2 SOBRE L3 GRADO 1. REDUCCIÓN DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL DE L1-L2 A L5-S1. PEDÍCULOS INTEGROS. LÁMINAS SIN ALTERACIONES. ARTROSIS DE LAS ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS DE L4-L5 Y L5-S1 BILATERAL.ESPACIOS PARAVERTEBRALES SIN EVIDENCIA DE MASAS, COLECCIONES O VISCEROMEGALIAS. HIPERLORDOSIS LUMBAR. POSTURA ESCOLIÓTICA DORSOLUMBAR DE CONCAVIDAD IZQUIERDA.

Se evidencian signos de violencia sexual?
Si No

Revisión Por Sistemas

Lateralidad

Zurdo	Diestro	
Ambidiestro	No aplica	

Estado Civil

Soltero/a	Casado/a
Viudo/a	Divorciado/a
Unión Libre	No aplica

Antecedentes Personales y Otros

Patológicos

SD TRANSTORNO E ANSIEDAD

Alérgicos

NIEGA

Quirúrgicos

CESAREA, HISTERECTOMIA, REDUCCION ABIERTA + MOT RADIO DISTAL IZQUIERDO

Farmacológicos

CLONAZEPAM

Antecedentes Familiares

MADRE: CA DE MAMA

Exámen Físico

Apariencia

RIESGO BAJO DE CAIDA

Osteo Artromuscular

PESO: 54.9KG, TALLA:145CM, IMC: 26.1 COLUMNA: POSTURA: HOMBRO DERECHO DESCENDIDO, LEVE ASIMETRIA DE PLIEGUES ABDOMINALES, TEST DE ADAMS POSITIVO DERECHO, IMPRESIONA HIPOTROFIA DE GASTROCNEMIO IZQUIERDO, PUNTO DE DOLOR LEVE DE GASTROCNEMIO IZQUIERDO, AMA TRONCO FLEXION GIII REFIERE SENSACION DE PARESTESIA EN MI IZQUIERDO, INCLINACION, ROTACION Y EXTENSION COMPLETA,

	MAS MUSCULOS)		
Indicaciones:	EMG + NC DE MMII PROTOCOLO DE RADICULOPATIA	**Pertinencia:**	Regular
Procedimiento:	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) +	**Cantidad:**	2
Indicaciones:	EMG + NC DE MMII PROTOCOLO DE RADICULOPATIA	**Pertinencia:**	Regular
Procedimiento:	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO +	**Cantidad:**	1
Indicaciones:	CONTROL CON RESULTADOS	**Pertinencia:**	Regular

Dra. Diana M. López
MD. ESPECIALISTA RM: 1130616629
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

DIANA MARCELA LOPEZ GOMEZ - 1130616629
FISIATRIA
Se Firma Electrónicamente