P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

446673323-33782243

Servicio Occidental de Salud

Número Autorización **446673323** **Fecha** 09/01/2026 **Hora** 2.48 PM

ENTIDAD RESPONSABLE PAGO SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S - EPS018

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 3181280233
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
MORALES	CARDONA	LUZ	DEISY	CC	1116246197	3137071203

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipo	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 22 2 A OE 15 NUEVO FARFAN	VALLE DEL CAUCA	TULUA	1989/12/24		moralesdeisy701@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	LUZ DEISY MORALES CARDONA	891900272	ALCALDIA MUNICIPAL TULUA

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	FERNANDO PERALTA PIZZA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
G409	Desde 2026/01/09 Hasta 2026/04/09	2026-01-00976663

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2026/01/09		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 SE AUTORIZA MEDIO DE CONTRASTE PROTOCOLO DE NEURONAVEGACION

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

ENFERMEDAD GENERAL CRUCE CAPITACION

Firma Usuario

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 2:48 PM

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
Línea Nacional: 01 8000 938 777
PBX: (602) 489 86 86

Visita nuestras páginas web
www.sos.com.co
www.pac-sos.com.co

SÍGUENOS