# P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **446915678** Fecha 16/01/2026 Hora 7.42 AM

446915678-34538324

Servicio Occidental de Salud

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LASSO | LONDOÑO | WALDINA | | CC | 31417403 | 2400026 |

| Dirección Residencial Habitual | Departamento | Municipo | Fecha Nacimiento | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| CL 3 88 01 | VALLE DEL CAUCA | BUENAVENTURA | 1971/05/11 | | |

| Plan | Nombre del Trabajador | NIT | Empresa |
|---|---|---|---|
| POS | LUIS MARIO SAAVEDRA QUINTERO | 890322294 | TRANSPORTADORA DE VALORES ATLAS LTDA. |

| Nexo Familiar | Medico Solicitante | Oficina |
|---|---|---|
| COMPAÑERO (A) | CHAVARRO POLANCO RICARDO | |

| Diagnóstico | FECHA DE UTILIZACION | No de Solicitud |
|---|---|---|
| F067 | Desde 2026/01/16 Hasta 2026/04/16 | 2025-01-00879688 |

## DETALLE SOLICITUD IPS

| No. de Solicitud | Fecha | Hora | Ubicación del Paciente | Servicio | Cama | En habitación de | Fecha y hora hospitalización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2025/11/25 | | CONSULTA EXTERNA | SERVICIOS ELECTIVOS | | | |

## SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA

VALOR TOTAL $ TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

| Código | Cant. | Descripción de Servicio | Lateralidad |
|---|---|---|---|
| 890374 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | 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

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

ENFERMEDAD GENERAL NO RECOBRO

Firma Usuario

31417403

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 7:42 AM

NEW BIOLOGY

Cra 42 # 7-69 Edificio Medical Center 2 Piso
Telefono: 3145194733
www.newbiology.com.co

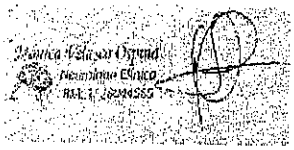
Ordenamie
No.:

DATOS DE LA CONSULTA
Fecha de la Atencion : 2025-11-25
Hora de la Atencion : 09:45:15
Profesional que Atendio : VELASCO OSPINA MONICA PATRICIA

DIAGNOTICOS DE LA ATENCION
Dx Principal : F067 - TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE

INFORMACION DEL PACIENTE
Paciente : 31417403 - LASSO LONDOÑO WALDINA
Direccion : CL3 88-01 LA CAMPI?A VALLE DEL CAUCA/BUENAVENTURA
Telefono :

| Codigo | Descripcion | Cantidad | Nota |
|---|---|---|---|
| 890374 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA | 1 | 1 |
| 903895 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS | 1 | 1 |
| 891901 | MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO | 12 | 12 HORAS |
| 930102 | PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA) | 4 | 4 SESIONES INDEPENDIENTES EVALUACION COMPLETA Y ADECUADA |
| 883101 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO | 1 | CON CONTRASTE |



VELASCO OSPINA MONICA PATRICIA
16388/09

Auditoria
reclamar y
diciembre

# Consulta información afiliado

Datos del Afiliado

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información en este sistema es confidencial y está protegida por la Ley 1581/2012. Está prohibido tomar fotos, realizar capturas de pantalla, imprimir, copiar o compartir esta información. Cualquier incumplimiento será sancionado legalmente.**

Consulta por Tipo y Número de Identificación o por NUI

**Fecha Consulta** 2026/01/27 **Número ID** CC 31417403 Grupo Familiar **Plan** POS Consultar

Consulta por Nombre

**Primer Nombre** WALDINA **Segundo Nombre** Consultar

**Primer Apellido** LASSO **Segundo Apellido** LONDOÑO

Información del Afiliado

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha Nacimiento** | 1971-05-11 | **Género** | F | **Parentesco** | COMPAÑERO (A) |
| **Edad Años** | 54 | **Edad Meses** | 8 | **Edad Días** | 16 |
| **Rango Salarial** | A | **Plan Complementario** | | **Tipo Afiliado** | BENEFICIARIO |
| **Inicio vigencia** | 2022-07-01 | **Fin Vigencia** | 9999-12-31 | **IPS Primaria** | VIVA 1A IPS BUENAVENTURA |
| **Semanas POS S.O.S** | 186 | **Semanas POS Anterior** | 1039 | **Semanas PAC S.O.S** | 0 |
| **Semanas PAC Anterior** | 0 | **Estado** | ACTIVO | **Derecho** | DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS |

Cuotas de recuperación

**Paga Cuota Moderadora SI** - El diagnóstico y los servicios prestados pueden estar exentos de cobro, según lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 y la normativa aplicable

**Paga Copago SI** - El diagnóstico y los servicios prestados pueden estar exentos de cobro, según lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 y la normativa aplicable

Empleadores

| Tipo ID | Número ID | Razón Social |
|---|---|---|
| **NI** | **890322294** | TRANSPORTADORA DE VALORES ATLAS LTDA. |

Información de los Convenios de Capitación

| Estado | Convenio |
|---|---|
| **CAPITA** | PGP CAYRE APNEA DEL SUEÑO |
| **CAPITA** | PGP VIVA 1A RESONANCIAS BUENAVENTURA |
| **CAPITA** | PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS |
| **CAPITA** | PGP COMFANDI GAM |
| **CAPITA** | PGP IPS CALIDA OFTALMOLOGIA BUENAVENTURA 2024 |
| **CAPITA** | PGP CRUZ VERDE MEDICAMENTOS |
| **CAPITA** | PGP OTORRINO INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS |
| **CAPITA** | PGP VIVA 1A BUENAVENTURA |
| **CAPITA** | PGP IPS UNIDAD MENTAL DEL PACIFICO ZOMAC S.A.S. |
| **CAPITA** | PGP NEURUM GAM 2026 |

Validación Normal

**Número Validación** **Oficina**

Observaciones

Información Adicional Nueva Consulta Principal

## INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

**Fecha Consulta:** 27/01/2026 **Afiliado :** WALDINA LASSO LONDOÑO
**Identificación:** 31417403 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
**Derecho:** DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
**IPS Primaria:** VIVA 1A IPS BUENAVENTURA
**IPS Solicitante:** NEW BIOLOGY CAMBULOS

**RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES**

| Nro. P-Autorización | Aprobada | Justificación Resultado | Nro. Autorización |
|---|---|---|---|
| 446915678 | SI | | 5818587 |

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

27/01/2026 07:40:15 UD951301361