P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **440784965** Fecha 29/08/2025 Hora 7.51 AM

440784965-33104096

Servicio Occidental de Salud

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

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	Número	Dv	Código	Teléfono: 2- 314 519 4733
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
TORRES	MINA	MAIRA	YISEL	CC	1111740209	3182901994

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipo	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 31A 26 A 92	VALLE DEL CAUCA	CALI	1986/02/06		mairatorresmina62@gmail.

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	MAIRA YISEL TORRES MINA	800232836	LAVACLINICAS LTDA

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	YAMILE NIEVES ORTIZ	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
D211	Desde 2025/08/29 Hasta 2025/11/27	2025-01-00631207

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/26		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
881612	1	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUNO (MUNECA)	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 171

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

X Maira Torres
Firma Usuario

X 1111740209
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 7:51 AM

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 02/09/2025 **Afiliado :** MAIRA YISEL TORRES MINA
Identificación: 1111740209 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: COMFANDI MORICHAL
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
440784965	SI		4733070

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

02/09/2025 11:49:03 UD951301361

X Maira Torres

X 1111 740 209