OK

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

441063420-34167141

Servicio Occidental de Salud

Número Autorización **441063420** Fecha 03/09/2025 Hora 4.18 PM

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
GUENGUE	POLINDARA	STELLA		CC	25270286	6023858413

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 84 A 22 70	VALLE DEL CAUCA	CALI	1948/08/04		luisachacoa804@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	STELLA GUENGUE POLINDARA	900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	GRANADAS CAÑAS DEINER	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M255	Desde 2025/09/03 Hasta 2025/12/02	2025-01-00646534

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/03		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS		HABITACION UNIPERSONAL	2025/09/03

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO RADIOLOGIA

VALOR TOTAL $ TARIFA CONVENIDA

Manejo integral según Guia:

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
873333	2	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	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 38

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 requiere ops

Corte de cuenta máximo $ 0

Sujeto a revisión por auditoria cuentas

ENFERMEDAD GENERAL CRUCE CAPITACION

Stella Guengue
Firma Usuario

25270286
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 4:18 PM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **441047607** Fecha 04/09/2025 Hora 10.58 AM

441047607-34167141

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
GUENGUE	POLINDARA	STELLA		CC	25270286	6023858413

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 84 A 22 70	VALLE DEL CAUCA	CALI	1948/08/04		luisachacoa804@gmail.com

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS	STELLA GUENGUE POLINDARA	900336004	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	JAN PIERRE VALDERRAMA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M255	Desde 2025/09/03 Hasta 2025/12/02	2025-01-00644861

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/03		CONSULTA EXTERNA	SERVICIOS ELECTIVOS		HABITACION UNIPERSONAL	2025/09/03

SERVICIOS AUTORIZADOS

CONCEPTO DE SERVICIO SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Manejo integral según Guia:

VALOR TOTAL $ TARIFA CONVENIDA

VALOR CORTE CUENTA $ 0

Código	Cant.	Descripción de Servicio	Lateralidad
873303	1	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	B

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 38

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
Firma Usuario

X
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 10:58 AM

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 06/09/2025 **Afiliado :** STELLA GUENGUE POLINDARA
Identificación: 25270286 **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
441047607	SI		4774381
441063420	SI		4774382

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

06/09/2025 09:59:27 UD951301361

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-030
		Versión: 001
	Formato: Prescripciones y Recomendaciones Médicas	Fecha: 03/May/2006
		Página 2 de 2

DÍA	MES	AÑO	NOMBRE DEL PACIENTE	SERVICIO
15	08	25	Stella Goengoe Polindara	

R/. 25270286.

SOS

Rx de Ambos pies
Derecho e izquierdo
AP / lateral # 2.

Dx: Pie Plano Bilateral
Deformidad Cronica

Deiner Granada C.
Ortopedia - Traumatologia
Enf. de La Columna
R.M. 17020

A122

2025

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: GUENGUE POLINDARA, STELLA, Identificado(a) con CC-25270286			
Edad y Género: 77 Años, Femenino			
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:** 9975282-5

Diagnóstico: M255: DOLOR EN ARTICULACION

IMAGENOLOGIA					
Fecha Inicio	**CUPS**	**Descripción**	**Especificaciones**	**Cantidad**	**Datos Clínicos / Justificación / Observaciones**
15/08/2025 12:04	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)		1	PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO IMPROTANTE , CX DE RTR BILATERAL Y PIE PLANO BILATERAL RIGIDO

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: DEINER GRANADA CANAS, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - Registro: 13157, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 16684242

Firmado Electrónicamente

H1306

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 2025/09/06 **Número ID** CC 25270286 Grupo Familiar **Plan** POS Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre STELLA **Segundo Nombre** Consultar

Primer Apellido GUENGUE **Segundo Apellido** POLINDARA

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento	1948-08-04	**Género**	F	**Parentesco**	COTIZANTE
Edad Años	77	**Edad Meses**	1	**Edad Días**	2
Rango Salarial	A	**Plan Complementario**		**Tipo Afiliado**	COTIZANTE
Inicio vigencia	2017-04-01	**Fin Vigencia**	9999-12-31	**IPS Primaria**	IPS COMFANDI TORRES
Semanas POS S.O.S	440	**Semanas POS Anterior**	52	**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 NO - Cotizante al régimen contributivo

El usuario consultado se encuentra priorizado dentro del siguiente grupo de riesgo, por lo que puede aplicar exoneración de cuota moderadora y/o copago según Decreto 1652 de 2022 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Riesgo	Subgrupo	Diagnóstico
CARDIOVASCULAR	**Hipertension Arterial**	**I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Si el grupo de riesgo o el diagnóstico es discapacidad, la exoneración solo aplica para prestaciones relacionadas con rehabilitación de su diagnóstico según Decreto 1652 de 2022 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Empleadores

Tipo ID	Número ID	Razón Social
NI	**900336004**	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES

Información de los Convenios de Capitación

Estado	Convenio
CAPITA	PGP CAYRE APNEA DEL SUEÑO
CAPITA	PGP UPI OSTEOMUSCULAR - REHABILITACION DEL SUR
CAPITA	PGP RAYOS X DE OCCIDENTE CALI - YUMBO
CAPITA	PGP OPORTUNIDAD DE VIDA - SALUD MENTAL
CAPITA	PGP VIVA 1A IPS CALI IMAGENOLOGIA
CAPITA	PGP VIVA 1A RESONANCIAS CALI - NTE DEL CAUCA
CAPITA	PGP COMFANDI DOMICILIARIO
CAPITA	PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS
CAPITA	PGP COMFANDI GAM
CAPITA	PGP COMFANDI NIVEL I - CALI
CAPITA	PGP COMFANDI PYM - CALI
CAPITA	PGP ATENCION FIDEM S.A.S
CAPITA	PGP CARDIOVASCULAR CLINICA NUESTRA CALI 2024
CAPITA	PGP OTORRINO INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS
CAPITA	PGP RAMEDICAS SAS PBS 2024
CAPITA	PGP IPS CALIDA OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA 2024