P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización 442452775 Fecha 01/10/2025 Hora 4.02 PM

442452775-34385239

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 900464196	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
PALACIOS	MARTINEZ	CATTLEYA		RC	1111703417	3167109091

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 28 G NO 41 45	VALLE DEL CAUCA	CALI	2019/01/23		

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ	800100511	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	MARCELA VALENCIA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M796	Desde 2025/10/01 Hasta 2025/12/30	2025-01-00730190

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/22		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
873303	1	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	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

Carol Martt

Firma Usuario

1143871982

Nro. Identificación

Madre

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 4:02 PM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **442452768** Fecha 01/10/2025 Hora 3.42 PM

442452768-34385239

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
PALACIOS	MARTINEZ	CATTLEYA		RC	1111703417	3167109091

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 28 G NO 41 45	VALLE DEL CAUCA	CALI	2019/01/23		

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ	800100511	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	MARCELA VALENCIA	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
M796	Desde 2025/10/01 Hasta 2025/12/30	2025-01-00730190

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/09/22		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
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 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

Carol Mut
Firma Usuario

1143871982
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 3:42 PM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **442452220** Fecha 01/10/2025 Hora 3.32 PM

442452220-34385239

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
PALACIOS	MARTINEZ	CATTLEYA		RC	1111703417	3167109091

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 28 G NO 41 45	VALLE DEL CAUCA	CALI	2019/01/23		

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ	800100511	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	CASTAÑO QUINTERO ANDRES FELIPE	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
Z719	Desde 2025/10/01 Hasta 2025/12/30	2025-01-00730117

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/12		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
873205	1	RADIOGRAFIA DE CODO	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 Atenc 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

1143879987

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 3:32 PM

P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número Autorización **442452238** Fecha 01/10/2025 Hora 3.32 PM

442452238-34385239

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
PALACIOS	MARTINEZ	CATTLEYA		RC	1111703417	3167109091

Dirección Residencial Habitual	Departamento	Municipio	Fecha Nacimiento	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CR 28 G NO 41 45	VALLE DEL CAUCA	CALI	2019/01/23		

Plan	Nombre del Trabajador	NIT	Empresa
POS SUBSIDIADO	CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ	800100511	MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Nexo Familiar	Medico Solicitante	Oficina
COTIZANTE	CASTAÑO QUINTERO ANDRES FELIPE	

Diagnóstico	FECHA DE UTILIZACION	No de Solicitud
Z719	Desde 2025/10/01 Hasta 2025/12/30	2025-01-00730117

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/08/12		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
873206	1	RADIOGRAFIA DE PUNO O 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 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

1143871982

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 dia de la prestación del servicio

null 3:32 PM

CENTRO DE SALUD EL DIAMANTE
NIT. 805027337-4
CALLE 41 Cra. 33 C (Tel:)
Promocion y Mantenimiento de la Salud

Ordenacion 462827
202509220112 - 4

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: CATLEYA PALACIOS MARTINEZ
Numero de cedula: RC 1111703417
Género: Femenino
Edad: 80 Meses
Dirección: KRA 28 G NO 42 48 DIAMANTE
Teléfono: 3167104091
Celular: 3167104091

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS
Cont: (ESSOS) SUBSIDIADO- SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS

• Ordenación de Procedimientos

Fecha y Hora: **22/09/2025 10:40:23**

Profesional:Marcela Maria Valencia Salazar.(medicina Identificacion:CC1002969718 .)

Orden: Ambulatoria
Modulo: Promocion y Mantenimiento de la Salud **Servicio:** PROMOCION Y PREVENCION
Diagnóstico: (Z002) EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA
Vigencia de esta orden: 90 días a partir de la fecha

Sede: DIAMANTE
Finalidad: NA

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(873303)		RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO AP Y LATERAL	1	(PIERNA DERECHA E IZQUIERDA)

Observaciones: PIERNA DERECHA E IZQUIERDA

Elaboró:

Marcela Valencia S.
Dra. Marcela Valencia S.
Médico General
c.c. 1.002.969.718

MARCELA MARIA VALENCIA SALAZAR
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 1002969718

Paciente:

CATLEYA PALACIOS MARTINEZ
RC 1111703417

CLINICA VERSALLES
Construyendo Vida

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ, Identificado(a) con RC-1111703417			
Edad y Género: 6 Años, Femenino		**Segundo Identificador:**	
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO NO PAGA A1-B7		**Nombre de la Entidad:**	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (subsidiado)
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA SA/ADMINISTRAC CONSULTA EXTERN	**Habitación:**	**Identificador Único:** 30444-1

Diagnóstico: Z719 CONSULTA, NO ESPECIFICADA

IMAGENOLOGÍA

Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
12/08/2025 14:58	873205	873205 Radiografia De Codo [ISS 87320-SOAT21101].		1	CODO Y MUÑECA IZQUIERDA / CONTORL POR FRACTURAS HUMERO Y RADIO DISTALES
12/08/2025 14:58	873206	873206 Radiografia De Puño O Muñeca [ISS 87320-SOAT21101].		1	CODO Y MUÑECA IZQUIERDA / CONTORL POR FRACTURAS HUMERO Y RADIO DISTALES

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ANDRES FELIPE CASTAÑO QUINTERO, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - Registro: 761221, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1130616671

Firmado Electrónicamente

H214-H215

CLINICA VERSALLES
Construyendo Vida

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ, Identificado(a) con RC-1111703417			
Edad y Género: 6 Años, Femenino		**Segundo Identificador:**	
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO NO PAGA A1-B7		**Nombre de la Entidad:**	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (subsidiado)
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA SA/ADMINISTRAC CONSULTA EXTERN		**Habitación:**	**Identificador Único:** 30444-1

Diagnóstico: Z719 CONSULTA, NO ESPECIFICADA

CONSULTAS Y CONTROLES			
Fecha de Inicio	**Descripción**	**Especificaciones**	**Justificación / Observaciones**
12/08/2025 14:57	890380 Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Ortopedia Y Traumatologia [Iss890302-Soat39143], En: 15 Días	Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Medico: ANDRES FELIPE CASTAÑO QUINTERO Causa: Condición clínica del paciente	CONTROL /CON RESULTADOS

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ANDRES FELIPE CASTAÑO QUINTERO, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - Registro: 761221, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1130616671

Firmado Electrónicamente

232

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO (E)
DEL CIRCULO DE CALI

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1111703417

Indicativo Serial 59921596

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [20] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 1 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ========== VALLE ========== CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PALACIOS	MARTINEZ

Nombre(s)

CATTLEYA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes ENE Día 23	FEMENINO	A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ========== VALLE ========== CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	15155760-0

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ ANGULO CAROL STEPHANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 1143871982	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PALACIOS VIVEROS JOSE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 1107508178	COLOMBIANA

Datos del declarante

PALACIOS VIVEROS JOSE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. 1107508178	José eduardo palacios

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes FEB Día 11	ALEJANDRO DIAZ CHACON
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
José eduardo palacios	ALEJANDRO DIAZ CHACON
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

V.180. F193

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE CALI

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS.

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 28/10/2025 **Afiliado :** CATTLEYA PALACIOS MARTINEZ
Identificación: 1111703417 **Plan:** POS SUBSIDIADO **Rango Salarial:** N1-NIVEL I SISBEN
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
442452220	SI		5195747
442452238	SI		5195748
442452768	SI		5195749
442452775	SI		5195750

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

28/10/2025 08:06:06 UD951301361