P-AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Servicio Occidental de Salud

Número Autorización **445760414** Fecha 15/12/2025 Hora 9.52 AM

445760414-31519165

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
NARVAEZ	RESTREPO	JOSE	ANDRES	CC 94391045		3168750353
Dirección Residencial Habitual		**Departamento**	**Municipio**	**Fecha Nacimiento**	**Teléfono Celular**	**Correo Electrónico**
CR 39 22 18		VALLE DEL CAUCA	TULUA	1975/11/28		andresnarvaezr@hotmail.
Plan		**Nombre del Trabajador**		**NIT**	**Empresa**	
POS		MARIA DOLORES BUSTAMANTE RAMIREZ		66720736	BUSTAMANTE RAMIREZ MARIA DOLORES	
Nexo Familiar		**Medico Solicitante**		**Oficina**		
CONYUGE		ALVARO DEJESUS PEREZ GONZALEZRUBIO				
Diagnóstico		**FECHA DE UTILIZACION**		**No de Solicitud**		
D440		**Desde** 2025/12/15 **Hasta** 2026/03/15		2025-01-00924654		

DETALLE SOLICITUD IPS

No. de Solicitud	Fecha	Hora	Ubicación del Paciente	Servicio	Cama	En habitación de	Fecha y hora hospitalización
0	2025/12/15		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
881151	1	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	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 289

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

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 9:52 AM 94391045 Tulua

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

INFORME DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA

Fecha Consulta: 22/12/2025 **Afiliado :** JOSE ANDRES NARVAEZ RESTREPO
Identificación: 94391045 **Plan:** POS **Rango Salarial:** A
Derecho: DERECHO A TODOS LOS SERVICIOS
IPS Primaria: COMFANDI TULUA
IPS Solicitante: NEW BIOLOGY CAMBULOS

RESULTADO VALIDACION AUTORIZACIONES

Nro. P-Autorización	Aprobada	Justificación Resultado	Nro. Autorización
445760414	SI		5613757

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

22/12/2025 04:12:23 UD951301361

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 2025/12/22 Número ID CC 94391045 Grupo Familiar Plan POS Consultar

Consulta por Nombre

Primer Nombre JOSE Segundo Nombre ANDRES Consultar

Primer Apellido NARVAEZ Segundo Apellido RESTREPO

Información del Afiliado

Fecha Nacimiento	1975-11-28	**Género**	M	**Parentesco**	CONYUGE
Edad Años	50	**Edad Meses**	0	**Edad Días**	24
Rango Salarial	A	**Plan Complementario**	FAMILIAR	**Tipo Afiliado**	BENEFICIARIO
Inicio vigencia	2025-03-01	**Fin Vigencia**	9999-12-31	**IPS Primaria**	COMFANDI TULUA
Semanas POS S.O.S	722	**Semanas POS Anterior**	204	**Semanas PAC S.O.S**	446
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

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.

Empleadoras

Tipo ID	Número ID	Razón Social
CC	**66720736**	MARIA DOLORES BUSTAMANTE RAMIREZ

Información de los Convenios de Capitación

Estado	Convenio
CAPITA	PGP CAYRE APNEA DEL SUEÑO
CAPITA	PGP OPORTUNIDAD DE VIDA - SALUD MENTAL
CAPITA	PGP MEDICAMENTOS ASISFARMA PBS
CAPITA	PGP COMFANDI CARDIOVASCULAR
CAPITA	PGP COMFANDI GAM
CAPITA	PGP COMFANDI NIVEL I - TULUÁ
CAPITA	PGP COMFANDI PYM - TULUÁ
CAPITA	PGP CRUZ VERDE MEDICAMENTOS
CAPITA	BOLSA EVENTO CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL
CAPITA	PGP MEDICARTE NACIONAL
CAPITA	PGP COMFANDI VIDA AMIGA

Validación Normal

Número Validación **Oficina**

Observaciones

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: JOSE ANDRES NARVAEZ RESTREPO, Identificado(a) con CC-94391045			
Edad y Género: 50 Años, Masculino		**Segundo Identificador:**	
Regimen/Tipo Paciente: OTRO/OTRO		**Nombre de la Entidad:**	SOS PAC FAMILIAR
Servicio/Ubicación:	CONSULTA EXTERNA - CONSULTORIO/CONSULTA EXTERNA TORRE	**Habitación:**	**Identificador Único:** 10386981-1

Diagnóstico: D440 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA TIROIDES

IMAGENOLOGIA					
Fecha Inicio	**CUPS**	**Descripción**	**Especificaciones**	**Cantidad**	**Datos Clínicos / Justificación / Observaciones**
10/12/2025 14:31	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)		1	ganglio en cuello / tumor en cuello

SOS Servicio Occidental de Salud
15 DIC 2025
RECIBIDO

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: ALVARO DE JESUS PEREZ GONZALEZ RUBIO, CIRUGIA GENERAL - Registro: 081421/2007, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 72277887
Firmado Electrónicamente

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 94.391.045



Apellidos
NARVAEZ RESTREPO

Nombres
JOSE ANDRES

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.72	M

Fecha de nacimiento
28 NOV 1975

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
YUMBO (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
20 JUN 1994, TULUA

Firma

Fecha de expiración
29 AGO 2032

00316745 8

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00316745863110 6<<<<<<<<<<
7511286M3208298COL94391045<<<4
NARVAEZ<RESTREPO<<JOSE<ANDRES<



