Juez

#### Dr., CARLOS ANDRÉS TABOADA CASTRO

#### JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA

Email: j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref. PROCESO EJECUTIVO RD. **23-001-31-03-002-2023-00013-00** 

**DEMANDANTE (S):** ONCOMÉDICA S.A.S

**DEMANDADO (S):** UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I.P.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.,

y OTROS.

ASUNTO: FORMULACIÓN DE EXCEPCIONES PREVIAS

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA, identificado con C.C N° 1.067.905.869 de Montería, titular de la Tarjeta Profesional de abogado N° 405.309 C. S. de la J., actuando en mi condición de apoderado/representante judicial, conforme poder adjunto/anexo, de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., NIT. 901.093.730-5, Representada Legalmente por la señora, BLANCA NORA FERNÁNDEZ ALMANZA, identificada con C.C. N° 34.969.656, parte DEMANDADA en el proceso ejecutivo de la referencia, concurro al Despacho de manera atenta y respetuosa a fin de PROPONER, dentro de la oportunidad legal, EXCEPCIONES PREVIAS con fundamento en el Artículo 100 del Código General del Proceso, invoco para todos los efectos las causales «...9. No comprender la demanda a todos los litisconsortes necesarios...» y «...1. Falta de jurisdicción o de competencia...»

Téngase por presentadas las siguientes **EXCEPCIONES PREVIAS** por intermedio del presente escrito, no sin antes referirme a los elementos fácticos que motivan la presente actuación;

#### I. HECHOS:

PRIMERO: La sociedad, ONCOMÉDICA S.A.S, NIT. 812.007.194 – 8, presentó demanda EJECUTIVO SINGULAR (RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00) contra la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. 901418364-1, y pidió vincular solidariamente a sus integrantes, algunos de los cuales se vincularon después de suscrito el ACUERDO de CREACIÓN de la Unión Temporal. Conforme los documentos aportados en el libelo de la demanda, los miembros vinculados a la Unión Temporal hasta MARZO DE 2021 corresponden a; SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA., UNIDAD DE ONCOLOGÍA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICSSALUD 24-7. IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLÍNICA CENTRAL O.H.L. LTDA., UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA IPS S.A.S., CAMI S.A.S., UNIDAD SAN FELIPE S.A.S., INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA IMAT S.A.S y ONCOMÉDICA S.A.S., esta última siendo la demandante.

**SEGUNDO:** Al invocar un PROCESO EJECUTIVO, la sociedad, **ONCOMÉDICA S.A.S**, NIT. 812.007.194 – 8, aporta copias de una relación de **FACTURAS ELECTRÓNICAS** junto con sus soportes a fin de pretender su acción cambiaria o pago.

Al observar las facturas y sus soportes, se identifica que la misma parte actora expresa en el contenido de algunas facturas electrónicas (título valor) que la ERP (Entidad Responsable del Pago) es la **ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EPSI (AIC EPSI)**. Aunado a lo anterior, damos cuenta que las AUTORIZACIONES DE SERVICIOS expedidas por el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, todas indican que la ERP es la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS (AIC EPSI)**,

Código General del Proceso, Artículo 100, Numeral Web, Secretaría del Senado, Página http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\_1564\_2012\_pr002.html#100 General del Proceso, Artículo 100, Numeral Página Web, Secretaría del Senado, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\_1564\_2012\_pr002.html#100



incluso, todas las órdenes de servicios emitidas por la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. 901418364-1, indican que el servicio de salud requerido está con cargo al contrato celebrado con la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (AIC EPSI).

Véase, para ilustrar este hecho con la precisión que merece, el contenido de las facturas electrónicas N° ONCF116088, ONCF117767, ONCF140167, ONCF175634, ONCF175634;

MEDICOMALIA Monteria	107194 -\$4 ED, MAT	no somos crantes contrasuven na somos susmenedos, no catanos Factura Electronia	TES - Res 6 de 13/01. Excritos de resensión e	o la fuanta	
Identificación: NIT 9014	EMPORAL SUMEICOL IP 18364-1 36 BRR LOS LAURELES	S MONTERIA - CGRIDOBA		Facha Generació Facha Validació Fecha Vendimieni	n:31.AGO.2021 16:44
	alcepsi2020@gmall.com				(e:20.MA-2.2021 (a:30.MAR-2021
No. Contrato: Código ERP:		Tipo Controlo:Evento Ofro		The same of the sa	DIGENA DEL CAUCA
Paciente: CAÑA LUGA: No. Doc. 1001532404 Direction: NO TIENE NO Médico: IVAN ARTURO	Tipo Doc.: GO MENCA ATURA BARRIO FL	Teréfone: 350697 PARAISO - CAUCASIA	10 m	No. Adr: lo. Poliza: torización: 1022	naion: 0100526860
Codigo Descr	pción		-		Valor Total
	ENTOS SEYENTA Y NUEV	E MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS CON	CERO CENTAVOS	****	11,378,210.00

Se hace hincapié en que todas las AUTORIZACIONES DE SERVICIOS expedidas por el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL indican que la ERP es la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS (AIC EPSI), incluso, las órdenes de servicios emitidas por la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. 901418364-1, todas indican que el servicio de salud requerido está con cargo al contrato celebrado con la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS (AIC EPSI), siendo esta la responsable del pago.

	THE PARTY OF THE P	magazine E E	1.7
( V )	UNION TEMPORAL SUA Nin 901418364-1 Codige		Fritz Ordon
	CALLE 42 # 10 A 36 - 3		1/00/2021
205500.95	MONTERIA - L'ORI		1 35:28 cc m
	I039654124 JUMESAHA WILLEE	Orden de Servicios No.	1059
	1 Nº 4-30, 239968	19/06/2014 Edect , 7 unes.	Ziro et a Sidos
Administracora: Contrato: 52	PSING ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA MCDAHDAD EVENTO	Nii 817GC1773-3 CALLE I Nº 4-5	0 T. Filence 23998
Presiador dal Dirección y Te			*** 10
	iéleno: CRA 6 # 72-34 EP, IMAT Telétono: 785	1,222	
DA ESTANCIA	Secondario de la compansión de la compan	Cholistia I Soltar i	200
TOSMOT ACTESM	ACIÓN DE UNIDAD DE CUIDADIO IMIERMEDIO PEDIÁLIZACIO	1 524.400	Cr 5/6, ma.ee
122	*	- Total Servicios:	5 W (03.00
λ ο	Hos. G. Mr.		72 73
77-7-	-114		10
ANCERCA MA			
	Films Kodeto	floort	SOL A VALLE
	MINISTERIO DE LA PROTECCION	SOCIAL	405-1
NUMERO A	MINISTERIO DE LA PROTECCION AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 3694547		-1,),5 - 1
	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 3694547	DE SALUD Fecha: 31/05/2021 Hor	1050 ( a. 183212
NTIDAD RESPONSABLE DE	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP JERREZZ EL PAGO ASOCIACION INDICIENA DEL CAUCA	DE SALUD Fechix: 31/95/2021 Hor CODIGO EPSIO3	
NTIDAD RESPONSABLE DE VEOFMACION DEL PRESTA	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 3584547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (MUNICADE)	PESALUD Fechia: 21/05/2021 Hor CODIGO EPSI03 NIT ☑ 9014/838	
ENTIDAD RESPONSABLE DE VEOROMACION DEL PRESTA Nombre UNION TEMPORAL S	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 1884547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUGUZGA) UNICA (A	DE SALUD	
ENTIDAD RESPONSABLE DE VEOROMACION DEL PRESTA Nombre UNION TEMPORAL S	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 3584547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (MUNICADE)	DE SALUD	
NTIDAD RESPONSABLE OF SFURMACION DEL PRESTA Vembre UNION TEMPORAL S Código 9014183841 Da	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 1884547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUGUZADO) SAMEICOL IPS esción del Presinder CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS 1	DE SALUD	
ENTIDAD RESPONSABLE DE SFORMACION DEL PRESTA Sombre UNION TEMPORAL S Código 9014183841 Da ckilono 3137764435 Departs	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 1884547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACIO) SUMERICOL IPS OSCIÓN del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS I	DE SALUD   Hop	14
ENTIDAD RESPONSABLE DE SFORMACION DEL PRESTA Sombre UNION TEMPORAL S Código 9014183841 Da ckilono 3137764435 Departs	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 1884547 EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACIO) EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACIO) EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACIO) EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION DE SERVICION DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DE SERVICION DEL CAUCA DOR (AUTORIZACION DEL CAUCA DO	TOTAL   TOTAL	14
ENTIDAD RESPONSABLE DE NEUROSTAL COM DEL PRESTA Nombre UNION TEMPORAL S. Código 9014183641 Dz. cieltono 3137764435 Departacióneo: utaumaicol.eicepsi20	AUTORIZACION DE SERVICIOS UTORIZACION POP 1894547  EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZADO) EL PERO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZADO) EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZADO) EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUTORIZADO) EL PAGO ASOCIACION DE SERVICIO DE LA PAGO EL PA	CODIGO EPSIO3  CODIGO EPSIO3  NIT [2] 90141638  C C   Número  AURELES  Municipio MONTERIA  UPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y INTE	14
NTIDAD RESPONSABLE DE NTUCOZACION DEL PRESTA Varibre UNION TEMPORAL S 26ktigo 9014183641 Dz ektono 3137784435 Departa Correo: utgumuicol.aicepsi20	AUTORIZACION DE SERVICIOS  UTORIZACION POP 3684547  EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (Autorizado)  AUMERICOL IPS  occión del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS 1  imensio CORDOBA [23]  ZOREgimal cor Controlo: 524-2021 REC  DATOS DEL PACIE  CARVAJAL CARMEN	Fechix 31/05/2021 Hop  CODIGO EPSIO3  NIT ☑ 93141636  CC ☐ Número  AURELES  Municipio MONTERIA  LIPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y  EMILIA	M TACCIMPLEJIDAD
NTIDAD RESPONSABLE DE NTURBORAL SON DEL PRESTA Nombre UNION TEMPORAL S COdigo 9014185841 Dz reletona 3137764435 Depart Serrer: utsumuicol.aiscepsi20 LEBALLOS 1er Apellido.	AUTORIZACION DE SERVICIOS  JERAS ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  DOR (Autorizado)  MAREICOL IPS  occido del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS 1  simente CORDOBA 23  CORganal cor Contrato: 524-2021 REC  DATOS DEL PACIE  CARVAJAL CARMEN	CODIGO   EPSIO3	14
ENTIDAD RESPONSABLE DE NEURONACION DEL PRESTA Nombre UNION TEMPORAL S. Código 9014183641 Dz Telélona 3137764435 Departs Cerreo: ulturmicol.alcepsi20 CEBALLOS	AUTORIZACION DE SERVICIOS  LI PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  DOR (PUINIZACIO)  RUMEICOL IPS  BOMBIO CONTROL 200 AS BARRIO LOS I  BOMBIO CONTROL 200 PRESIDENTE  CORDOBA 23  PAGOS DEL PAGIE  DATOS DEL PAGIE  CARVAJAL CARMEN  2do Apellido  actóri	Fechia: 31/95/2021 Holi  CODIGO EPSIO3  NIT ☑ 93141636  C C ☐ Número  AURELES  Municipio MONTERIA  UPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y  INTE  EMILIA  YEN Nominue  22007195	M TA COMPLETIOND
ENTIDAD RESPONSABLE DE NEUROSACION DEL 1985 STA Nombre UNION TEMPORAL S. Código 9014183641 Dz Telétono 3137764435 Departicione de l'acceptione	AUTORIZACION DE SERVICIOS  LI PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  DOR (PUINIZACIO)  RUMEICOL IPS  BOMBIO CONTROL 200 AS BARRIO LOS I  BOMBIO CONTROL 200 PRESIDENTE  CORDOBA 23  PAGOS DEL PAGIE  DATOS DEL PAGIE  CARVAJAL CARMEN  2do Apellido  actóri	CODIGO EPSIO3  CODIGO EPSIO3  NIT  90141636  C C  Nimero  AURELES  Municipio MONTERIA  UPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y  INTE  EMILIA  Tar Namilue  22007195  NO Documento de Identificación	PIGG   PI
NTIDAD RESPONSABLE DE NEURONACION DEL PRESTA Variotre UNION TEMPORAL S. Código 9014183641 De céletoro 3137764435 Departa- torreo: ulsumalicol alcepat20 TEBALLOS Ter Apellido Tipo Documento de Identific Registro Civil	AUTORIZACION DE SERVICIOS  UTORIZACION POP 3694547  EL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA DOR (AUGUSZAGE)  AUMERICA CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS I imminio CORDOBA [23]  DATOS DEL PACIE  CARVAJAL CARMEN 2do Apelido ación  Peseporie Codund de Extranja	Fectivi: 31/05/2021 Hop  CODIGO EP5/03  NIT ☑ 93/14/658  C C ☐ Número  AURELES  Munidojo MONTERIA  UPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y  INTE  EMILIA  1er Nombre  2 2007/195  NO 2002/1944 S	Local State of State
NTIDAD RESPONSABLE DE NTURBALADA RESPONSABLE DE NTURBALADA DE 1985 STA Vambre UNION TEMPORAL S. DOCINGO 90 14 183641 Dz elétono 3137764435 Departicareo: utsumuicol.alcepsi20 EBALLOS leir Apellido. Il po Documento de Identifica Registro Civil Tarijeta de Identifica Registro Civil Tarijeta de Identifica Registro Civil Tarijeta de Identificar	AUTORIZACION DE SERVICIOS  JERAS ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  DOR (Autorizado)  MANEICOL IPS  coción del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS 1  cominho CORDOBA 23  CORROBA 23  CORROBA CARRIO  DATOS DEL PACIE  CARVAJAL CARMEN  2do Apellido  actón  Poseporte Codunt de Extranje  Adulto Sin Identificación  Menor Sin Identificación	Fectivi: 31/05/2021 Hop  CODIGO EP5/03  NIT ☑ 93/14/658  C C ☐ Número  AURELES  Munidojo MONTERIA  UPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y  INTE  EMILIA  1er Nombre  2 2007/195  NO 2002/1944 S	PIGE ALL TANCEMPLEADAD  On Londing  Edited  UP 1000 FOTAL  OF ALL TANCES SUBSIDIO

Fragmento de captura de pantalla, anexos de facturas aportadas por el DEMANDANTE,, ver anexos de la demanda. Color rojo, marcación propia.



Fragmento de captura de pantalla, anexos de facturas aportadas por el DEMANDANTE,, ver anexos de la demanda. Color rojo, marcación propia.

Fragmento de captura de pantalla, anexos de facturas aportadas por el DEMANDANTE,, ver anexos de la demanda. Color rojo, marcación propia.

Finalmente, en muchas otras facturas electrónicas no se identifica la ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO, no dando lugar a identificar la ERP (Entidad Responsable del Pago).

**TERCERO:** Como resultado de lo anteriormente expresado, tenemos que al rompe es claro que existe una entidad a la que se le reputó el pago de las facturas electrónicas aportadas en el libelo de la demanda. Visto el plenario, NO se observa que la entidad esté incluida como parte en el presente proceso EJECUTIVO SINGULAR, luego entonces, estaríamos en presencia de un verdadero **LITISCONSORTE NECESARIO** al que se le debe incorporar a la presente litis.

CUARTO: Siendo que la entidad y/o organización, ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EPSI (AIC EPSI), es de naturaleza eminentemente PÚBLICA, corresponde reflexionar si ante una eventual incorporación o citación a la litis continuará conociendo del proceso el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, o en su lugar, se alteraría la JURISDICCIÓN Y/O COMPETENCIA.

Al respecto, el suscrito elevó, con fecha de 17 de octubre de 2023, DERECHO DE PETICIÓN ante la ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EPSI (AIC EPSI), y entre algunas de las peticiones hechas se solicitó que informe su naturaleza jurídica, si corresponde a derecho público o privado, y con ello, aporte lo pertinente. Véase el derecho de petición radicado a fecha 17 de octubre de 2023, mismo que se anexa al presente.

#### II. EXCEPCIONES PREVIAS

El suscrito, actuando en mi condición de representante judicial de la sociedad, **SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.**, me permito **PROPONER** las siguientes **EXCEPCIONES PREVIAS**, lo anterior, por las razones expuestas en el acápite I - **HECHOS**;

PRIMERO: Se DECLARE PROBADA la EXCEPCIÓN PREVIA «...9. No comprender la demanda a todos los litisconsortes necesarios...» por reunirse los presupuestos de hecho y de derecho para ser declarada, en consecuencia, ORDÉNESE que sea CITADO (A) a la ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EPSI (AIC EPSI).

**SEGUNDO:** En consonancia con la anterior declaración, se **DECLARE PROBADA** la **EXCEPCIÓN PREVIA** «...1. Falta de jurisdicción o de competencia...»<sup>7</sup> por reunirse los presupuestos de hecho y de derecho para ser declarada, en consecuencia, solicito al Despacho, respetuosamente, dar aplicación a lo preceptuado en el Artículo 101, Numeral 2, Inciso 3 del Código General del Proceso «...Si prospera la de falta de jurisdicción o competencia, se ordenará remitir el expediente al juez que corresponda y lo actuado conservará su validez...»<sup>8</sup>

#### III. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito al Despacho tener como pruebas las siguientes,

#### 3.1 DOCUMENTALES

3.1.1 RUT - UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS (7 folios)

- 3.1.2 Acuerdo de creación y actos de vinculación de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS (55 folios)
- 3.1.3 Facturas Electrónicas aportadas por la parte DEMANDANTE (437 folios)
- 3.1.4 Su señoría, por ser pertinente, conducente y conveniente para el trámite de las EXCEPCIONES PREVIAS presentadas, he dirigido PETICIÓN a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES) y a la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS (AIC-EPSI), cuyas peticiones van encaminadas a que suministren información, informe o documentos con relación al pago o no de las facturas electrónicas aportadas por la parte demandante y a la responsabilidad que tuviesen frente al pago, la naturaleza jurídica que ostentan, en lo

Proceso. 100. Web. Código General del Artículo Numeral Secretaría del Senado. Página  $\underline{http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\_1564\_2012\_pr002.html\#100}$ del Artículo 100, Web, Código General Proceso, Secretaría del Senado, Página http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\_1564\_2012\_pr002.html#100 General del Proceso, Artículo 101, Numeral Inciso Web, 3, Secretaría del Senado, Página  $http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\_1564\_2012\_pr002.html\#100$ 



que cada una de ellas conozca o le conste, así las cosas, aporto con el presente documento las peticiones que se radicaron ante las entidades en mención para que sean tenidas como medios de prueba a la hora de PRONUNCIARSE con respecto a las **EXCEPCIONES PREVIAS PROPUESTAS**; y con todo respeto, **SOLICITO** al Despacho, que de no recibir respuesta de fondo o respuesta parcial por parte de las entidades, se sirva **REQUERIRLAS** para que contesten el derecho (s) de petición (es) y por consiguiente entreguen los documentos, informes o información que se les ha solicitado y que eventualmente sean decretadas por el Despacho en la oportunidad procesal correspondiente.

#### IV. ANEXOS

- Certificado de Existencia y Representación Legal SERVILAB DEL CARIBE S.A.S
- Poder Especial conferido al suscrito
- ❖ Los referidos en el acápite III.

#### V. NOTIFICACIONES

El suscrito recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico crismen0416@gmail.com debidamente registrada ante el Registro Nacional de Abogados. Abonado celular 300-642-1972

Mi poderdante recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico servilabdelcaribe@gmail.com

Del señor (a) Juez,

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA C.C. 1067905869 de Montería T.P 405.309 C. S. de la J.





#### Señores

#### JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA

Email: j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: Otorgamiento de poder especial

Referencia: Proceso ejecutivo - Radicado 23 001 31 03 002 2023 00013 00

ACCIONANTE: ONCOMÉDICA S.A.S.

ACCIONADO: SERVILAB DEL CARIBE S.A.S NIT. 901093730-5,

BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Montería, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.969.656, en mi calidad de Representante Legal de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S NIT. 901093730-5, por medio del presente escrito manifiesto que confiero PODER ESPECIAL, amplio y suficiente, al abogado, CRISTHIAN MENDOZA SIERRA, mayor de edad y residente en la ciudad de Montería, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.067.905.869 de Montería, abogado en ejercicio, con tarjeta profesional No. 405.309, otorgada el Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, asuma mi defensa, como PARTE DEMANDADA, frente al proceso judicial distinguido con el Radicado 23 001 31 03 002 2023 00013 00 - EJECUTIVO SINGULAR, promovido por la sociedad, ONCOMÉDICA S.A.S NIT. 812.007.194-8.

En virtud de lo anterior, mi apoderado queda facultado para conciliar, recibir, transigir, desistir, renunciar, sustituir, reasumir, presentar demanda de reconvención y las demás conferidas por el C.G.P. Lo relevo en costas procesales, gastos e indemnizaciones.

El presente poder se confiere al tenor del Artículo 5° del Decreto 806 del 04 de junio de 2020 (Ley 2213 de 2022) y demás normas concordantes a la materia. Mi apoderado recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico: crismen0416@gmail.com inscrita en el Registro Nacional de Abogados. La suscrita recibe notificaciones judiciales a la cuenta de correo electrónico servilabdelcaribe@gmail.com

Sírvase señor Juez (a) reconocer personeríajurídica para actuar a mi apoderado, CRISTHIAN MENDOZA SIERRA, C.C. 1067905869, TP. 405.309 C. S. de la J., en los términos y para los fines conferidos en el presente memorial de poder.

Del señor Juez, con todo respeto.

BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA

C.C. 34.969.656

APODERADO, Acepta:

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA C.C. 1.067.905.869 de Montería T.P. 405.309 del C.S. de la J.



#### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 17/10/2023 - 13:46:10 Recibo No. S000885863, Valor 7200

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN z1TP8ejV5r

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=22 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

### CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

#### NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : SERVILAB DEL CARIBE SAS

Nit: 901093730-5

Domicilio: Montería, Córdoba

#### MATRÍCULA

Matrícula No: 156837

Fecha de matrícula: 29 de junio de 2017

Ultimo año renovado: 2023

Fecha de renovación: 13 de enero de 2023 Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

#### **UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CR 11 27 62 - Barrio chuchurubí

Municipio: Montería, Córdoba

Correo electrónico : servilabdelcaribe@gmail.com

Teléfono comercial 1 : 6047840196 Teléfono comercial 2 : 3203765483 Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CR 11 27 62 - Barrio chuchurubí

Municipio : Montería, Córdoba

Correo electrónico de notificación : servilabdelcaribe@gmail.com

Teléfono para notificación 1 : 6047840196 Teléfono notificación 2 : 3203765483

Teléfono notificación 3 : No reportó.

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

#### CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 01 de junio de 2017 de la Asamblea Constitutiva de Monteria, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de junio de 2017, con el No. 41679 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada SERVILAB DEL CARIBE SAS.

#### TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

#### OBJETO SOCIAL



#### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 17/10/2023 - 13:46:10 Recibo No. S000885863, Valor 7200

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN z1TP8ejV5r

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=22 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Objeto social: La realización de cualquier acto lícito de comercio, especialmente servicio de laboratorio clínico, medicina general y prestación de servicios medicos asistenciales y ambulatorios, especializados de alta calidad, a través de personal idoneo en todos los niveles de complejidad, pudiendo realizar contrataciones o convenios con instituciones prestadoras de servicios de salud (ips), y/ o empresas con objeto social similares, con el fin de lograr el bienestar individual y la integracion de la comunidad; venta de insumos de laboratorio; suministros y / o dispensacion de medicamentos e insumos; suministro de insumos y equipos odontologicos; de equipos para rayos x y para laboratorio clínico y equipos medicos; dotacion de elementos y/ o equipos para programas de promoción y prevencion de la salud; servicios de asesoría y consultoría en el desarrollo de planes, programas y proyectos de salud; suministro de papeleria, muebles de oficinas, sillas, escritorios y todo lo relacionado con esa área. Parágrafo: No obstante la especificidad del objeto social, de conformidad con la Ley 1258 de 2008, la sociedad podrá realizar cualquier acto o actividad lícita de comercio. La sociedad puede realizar, en Colombia y en el exterior cualquier actividad lícita, comercial o civil. Parágrafo: Es contrario al objeto social, garantizar, respaldar, llar o avalar deudas de personas naturales o jurídicas, distintas de aquellas personas jurídicas con quienes tenga la calidad de matriz, filial, subsidiaria o este vinculada economicamente o en las que sea propietaria de acciones o cuotas.

#### CAPITAL

\* CAPITAL AUTORIZADO \*

Valor \$ 140.000.000,00

No. Acciones 10.000,00 Valor Nominal Acciones \$ 14.000,00

\* CAPITAL SUSCRITO \*

Valor \$ 140.000.000,00

No. Acciones 10.000,00 Valor Nominal Acciones \$ 14.000,00

\* CAPITAL PAGADO \*

Valor \$ 140.000.000,00

No. Acciones 10.000,00 Valor Nominal Acciones \$ 14.000,00

#### FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Administracion y representación legal: Del representante legal: Actuara como representante legal de la sociedad el gerente general en ejercicio del cargo. El representante legal tendrá la administración y gestión de los negocios sociales con sujecion a la Ley, los estatutos sociales, los reglamentos y resoluciones de la asamblea general de accionistas. Funciones y atribuciones del representante legal: El representante legal tendrá las funciones propias de su cargo y en esencial las siguientes: 1. Representar a la sociedad judicial o extrajudicialmente, ante los asociados, ante terceros y ante cualquier clase de autoridades judiciales y administrativas, personas naturales o jurídicas, etc. 2. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la asamblea general de accionistas. 3. Realizar los actos y celebrar los contratos que tiendan a cumplir los fines de la sociedad. En ejercicio de esta facultad podrá enajenar, adquirir, mudar, gravar, limitar en cualquier forma y a cualquier título los bienes muebles e inmuebles de la sociedades



#### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 17/10/2023 - 13:46:10 Recibo No. S000885863, Valor 7200

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN z1TP8ejV5r

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=22 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

transigir, comprometer, arbitrar, desistir, novar, recibir e interponer acciones y recursos de cualquier genero de todos los negocios o asuntos de cualquier indole que tenga pendiente la sociedad; contraer obligaciones con garantía personal, prendaria o hipotecaria; dar o recibir dinero mutuo, hacer depositos bancarios; firmar toda clase de títulos valores y negociar esta clase instrumentos, firmarlos, aceptarlos, endosarlos, negociarlos, pagarlos, protestarlos, descargarlos, tenerlos o cancelarlos; interponer toda clase de recursos, comparecer en juicios en que se discutan el dominio de los bienes sociales de cualquier clase; formar nuevas sociedades o entrar a formar parte de otros bienes sociales de cualquier clase; formar nuevas sociedades o entrar a formar parte de otras ya existentes. 4. Constituir los apoderados judiciales y extrajudiciales que juzgue necesario para la adecuada representación de la sociedad delegandoles las facultades que estime convenientes, de aquellas de que el mismo goza. 5. Presentar los informes y documentos de que trata el articulo 446 del Código de Comercio a la asamblea general. 6. Designar, promover y remover los empleados de la sociedad siempre y cuando ello no dependa de otro órgano social y señalar el genero de sus labores, remuneraciones, etc., Y hacer los despidos del caso. 7. Convocar a la asamblea general de accionistas a sus reuniones de cualquier indole. 8. Delegar determinadas funciones propias de su cargo dentro de los límites señalados en estos estatutos. 9. Cuidar la recaudación e inversión de los fondos de la empresa. 10. Velar porque todos los empleados de la sociedad, cumplan estrictamente sus deberes y poner en conocimiento de la asamblea general de accionistas las faltas graves que ocurran sobre este en particular. 11. Todas las demás funciones no atribuidas a la asamblea general de accionistas y particular. 12. Constituir uniones temporales y/o consorcios previa autorizacion de la asamblea general de accionistas. Parágrafo: El representante legal requerirá autorizacion de la asamblea general de accionistas para la celebración de cualquier operacion directa o indirectamente relacionada con el objeto social que supere la cuantía en pesos de 300 salarios mínimos mensuales legales vigentes, vigentes en el dia de la negociacion.

#### NOMBRAMIENTOS

#### REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 01 de junio de 2017 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 29 de junio de 2017 con el No. 41679 del libro IX, se designó a:

CARGO NOMBRE IDENTIFICACION

GERENTE BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA C.C. No. 34.969.656

#### REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO INSCRIPCIÓN

- \*) Acta No. 6 del 17 de mayo de 2022 de la Asamblea General 56967 del 23 de junio de 2022 del libro IX De Accionistas
- \*) Cert. del 22 de junio de 2022 de la Contador 56968 del 23 de junio de 2022 del libro IX

#### RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en



#### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 17/10/2023 - 13:46:10 Recibo No. S000885863, Valor 7200

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN z1TP8ejV5r

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=22 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERIA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

#### CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8691 Actividad secundaria Código CIIU: Q8699 Otras actividades Código CIIU: G4645

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

#### INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$0,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU: Q8691.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERIA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

### Cámara de Comercio de Montería

#### CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERIA

#### CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 17/10/2023 - 13:46:10 Recibo No. S000885863, Valor 7200

#### CÓDIGO DE VERIFICACIÓN z1TP8ejV5r

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=22 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

SANDRA SIERRA BUELVAS

\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\*



#### Formulario del Registro Único Tributario



2. Concepto 0 2 Actualización 14949248037 4. Número de formulario 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) Impuestos y Aduanas de Montería 2 9 0 1 4 1 8 3 6 4 **IDENTIFICACIÓN** 24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 26. Número de Identificación 27. Fecha expedición Persona jurídica 1 28. País 30. Ciudad/Municipio Lugar de expedición 29. Departamento 33 Primer nombre 34 Otros nombres 31. Primer apellido 32. Segundo apellido 35. Razón social UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS 37. Sigla 36. Nombre comercial UBICACIÓN 38. País 40. Ciudad/Municipio 39. Departamento 0 0 1 COLOMBIA 1 6 9 Córdoba Montería 41. Dirección principal CL 23 1 57 BRR CHUCHURUBI contabilidadsumeicol@gmail.com 42. Correo electrónico 43. Código postal 44. Teléfono 3 2 1 7 6 9 6 5 6 5 45. Teléfono 2 CLASIFICACIÓN Actividad económica Ocupación **Actividad principal** Actividad secundaria Otras actividades 52. Número establecimientos 49. Fecha inicio actividad 51. Código 46. Código 47. Fecha inicio actividad 48. Código 50. Código 8 6 2 1 2 0 2 0 0 9 2 9 Responsabilidades, Calidades y Atributos 17 18 19 20 21 23 24 25 26 1 4 1 6 4 2 5 2 5 5 53. Código 7 07- Retención en la fuente a título de rent 14- Informante de exogena 16- Obligación facturar por ingresos bienes 42- Obligado a llevar contabilidad 52 - Facturador electrónico 55 - Informante de Beneficiarios Finales Obligados aduaneros **Exportadores** 6 10 55. Forma 56. Tipo Servicio 3 54. Código 57. Modo 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 58. CPC IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación Para uso exclusivo de la DIAN 2023 - 09 - 20 / 19 : 40: 36 NO X SI 60. No. de Folios: 61. Fecha 59. Anexos La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar Sin periuicio de las verificaciones que la DIAN realice Firma autorizada: inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 URUETA OROZCO ELIZABETH Firma del solicitante: 984 Nombre 985. Cargo Representante legal Certificado

# DIAN'

### Formulario del Registro Único Tributario



OR IINA TOLOMBIA MÁS HONESTA					
				Página 2	de 7 <b>Hoja 2</b>
Espacio reservado para la DIAN			4. Número de formulario		14949248037
			(415)77	07212489984(8020) 00000	1494924803 7
Número de Identificación Tributaria	(NIT) 6. DV 12. Dirección seccion	al	1	1)4.)	Buzón electrónico
9 0 1 4	1 8 3 6 4 1 Impuestos y Aduanas de I			1 2	
	Caract	eristicas y formas d	e las organizaciones		
65. Fondos	2 63. Formas asociativas 66. Cooperativas 7 69. Otras organizaciones no clasifi	icadas	64. Entidades o institumunicipal y descentra 67. Sociedades y orgextranjeros 70. Beneficio	utos de derecho público de order alizados anismos	n nacional, departamental,
	Constitución, Registro y Última Refo			Composi	ción del Capital
Documento	1. Constitución		2. Reforma		
71. Clase 72. Número	0 4	<b>─</b>		82. Nacional	1 0 0 %
	2 0 2 0 0 9 2 9			83. Nacional público	0 . 0 %
74. Número de notaría 75. Entidad de registro	9 8			84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
76. Fecha de registro 77. No. Matrícula mercantil	2020,09,29		<del>)</del>		
l .	2 3		<del>)</del>		
79. Ciudad/Municipio	0 0 1			85. Extranjero	0 %
'igencia				86. Extranjero público	0 . 0 %
	2 0 2 0 0 9 3 0 2 0 2 2 0 3 8 0			87. Extranjero privado	0.0%
		Entidad de vigilan	cia y control		
Entidad de vigilancia y control					
tem 89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado 91	Estado y Be	neficio cación Tributaria (NIT)	92. DV	
1 8 1	2 0 2 0 1 0 0 7			-	
2				-	
3				-	
4	Ano Mes Die			-	
5	Año Mes Dia			-	
		Vinculación ec	conómica		
93. Vinculación económica 94. Nombre del gru	ipo económico y/o empresarial			95. Número de Identific Matriz o Controlante	ación Tributaria (NIT) de la 96. DV.
7. Nombre o razón social de la matriz	z o controlante				
70. Número de identificación tributari orgado en el exterior	a 171. País	17	72. Número de identificación tribu ociedad o natural del exterior con	utaria I EP	
70. Nambra a rasén assial da la assi	adad a matural dal autoriar aon ED				

# DIAN'S

# Formulario del Registro Único Tributario Representación



14949248037

Página 3 de 7 **Hoja** 

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario



			EDS//ESPACES/2009			
5.	Número de Identificación Tributaria (N	IT) 6. DV 12	. Dirección seccional			14. Buzón electrónico
	9 0 1 4 1	8 3 6 4 1 I <sup>lm</sup> i	ouestos y Aduanas de Montería			1 2
			Represe	entación		
	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representa		. (	v v
	REPRS LEGAL PRIN	1 8		2 0 2 3 0 9 0		<u> </u>
1	100. Tipo de documento  Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación 5 0 9 3 0 9			102. DV	103 Número de tarjeta profesional
ľ	104. Primer apellido URUETA	105. Segundo		106. Primer nombre ELIZABETH	S	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tribut	aria (NIT) 109. DV	110. Razón social representante leg	gal		
	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representa	ción		
2	100. Tipo de documento	101. Número de identificacio	ón		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
-	104. Primer apellido	105. Segundo :		106. Primer nombre		107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tribut	aria (NIT) 109. DV	110. Razón social representante leg		_	
	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representa	ación		
3	100. Tipo de documento	101. Número de identificació			102. DV	103. Número de tarjeta profesional
	104. Primer apellido	105. Segundo :	apellido	106. Primer nombre		107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tribut	aria (NIT) 109_DV	1/10. Razón social representante leg	gal	_	
	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representa	ación 	I	
	100. Tipo de documento	101. Número de identificaci	Śn .		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
			7			
4	104. Primer apellido	105. Segundo	apellido	106. Primer nombre		107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tribut	aria (NHT) 109. DV	110. Razón social representante leg	gal		
	98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representa	ación		
_	100. Tipo de documento	101. Número de identificacio	ón		102. DV	103. Número de tarjeta profesional
5	104. Primer apellido	105. Segundo	apellido	106. Primer nombre	,	107. Otros nombres
	108. Número de Identificación Tribut	aria (NIT) 109. DV	110. Razón social representante leg	gal		
	•		•			



# Formulario del Registro Único Tributario



Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones 4 Página 14949248037 Espacio reservado para la DIAN 4. Número de formulario 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) Impuestos y Aduanas de Montería 2 9 0 1 4 1 8 3 6 4 1 Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 1 2 1 9 7 6 0 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 119 Bazón social SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS SAS 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 20200929 113 DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento 112. Número de identificación NIT COLOMBIA 1 6 9 9 0 0 4 3 5 0 8 0 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 2 119 Bazón social CAMBIA TU VIDA IPS SAS 120. Valor capital del socio 121. % Participación 12.2. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 8 0 0 1 2 3 5 7 2 1 6 9 118. Otros nombres 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 119. Razón social CLINICA CHINITA S.A. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 0 7 8 4 4 1 1 6 9 115. Primer apellido 116 Segundo apellido 117 Primer nombre 118. Otros nombres 4 119. Razón social FISIOMED INTEGRAL S.A.S. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento COLOMBIA 8 1 1 0 2 1 8 4 3 1 6 9 3 1 116. Segundo apellido 115. Primer apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 5 119. Razón social MEDICAUCA SAS 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 0



#### Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Unione



Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones 5 Página 14949248037 Espacio reservado para la DIAN 4. Número de formulario 14. Buzón electrónico 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Montería 2 9 0 1 4 1 8 3 6 4 1 Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 0 4 3 8 2 1 6 1 6 9 116. Segundo apellido 115. Primer apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 119. Razón social CLINICA GENEZEN S.A.S. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 9 0 1 113 DV 114, Nacionalidad 112. Número de identificación 111. Tipo de documento NIT COLOMBIA 9 0 1 1 3 4 8 1 3 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 2 119 Bazón social PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S 120. Valor capital del socio 121. % Participación 12.2. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 1 0 9 3 7 3 0 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 118. Otros nombres 117. Primer nombre 119. Razón social SERVILAB DEL CARIBE SAS 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 9 0 1 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento COLOMBIA 9 0 0 0 0 7 8 6 0 1 6 9 115. Primer apellido 116 Segundo apellido 117 Primer nombre 118. Otros nombres 119. Razón social UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S 122. Fecha de ingreso 120. Valor capital del socio 121. % Participación 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 8 3 0 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento COLOMBIA 9 0 0 0 8 2 2 0 2 1 6 9 116. Segundo apellido 115. Primer apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 5 119. Razón social CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 0 0 9 2 9 2 0 2 2 0 9 0 1 0



# Formulario del Registro Único Tributario



Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones 6 Página 14949248037 Espacio reservado para la DIAN 4. Número de formulario 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) Impuestos y Aduanas de Montería 2 9 0 1 4 1 8 3 6 4 1 Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 1 2 7 9 6 7 5 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 119. Razón social UNIDAD SAN FELIPE S.A.S 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 1 0 2 1 2 2 0 2 2 0 8 3 0 113 DV 114, Nacionalidad 112. Número de identificación 111. Tipo de documento NIT COLOMBIA 1 2 0 0 4 3 0 4 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 2 119. Razón social CAMI S.A.S 120. Valor capital del socio 121. % Participación 12.2. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 1 0 2 1 2 2 0 2 3 0 6 0 5 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 8 1 2 0 0 7 1 9 4 1 6 9 118. Otros nombres 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 3 119. Razón social ONCOMEDICA S.A. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1 2 0 2 1 0 3 1 1 113. DV 114. Nacionalidad 112. Número de identificación 111. Tipo de documento COLOMBIA 9 0 1 0 8 5 3 5 2 1 6 9 115. Primer apellido 116 Segundo apellido 117 Primer nombre 118. Otros nombres 119. Razón social INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 1 0 3 1 1 2 0 2 2 0 9 0 1 113. DV 114. Nacionalidad 112. Número de identificación 111. Tipo de documento COLOMBIA 9 0 0 0 9 0 2 4 7 1 6 9 116. Segundo apellido 115. Primer apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 5 119. Razón social CLINICA CARDIO INTEGRAL IPS S.A.S. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 4 . 8 2 0 2 2 1 0 2 4



#### Formulario del Registro Único Tributario Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones



Página 14949248037 Espacio reservado para la DIAN 4. Número de formulario 14. Buzón electrónico 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Montería 2 9 0 1 4 1 8 3 6 4 1 Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 0 4 5 1 8 2 7 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 119. Razón social RADIOLOGOS ASOCIADOS DE CORDOBA S.A.S. 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 20221024 113 DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento 112. Número de identificación NIT 9 0 0 7 3 3 5 1 7 **COLOMBIA** 1 6 9 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 2 119. Razón social RETINHER SAS 120. Valor capital del socio 121. % Participación 12.2. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 2 1 0 2 4 111. Tipo de documento 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA 9 0 1 1 7 4 1 6 5 1 6 9 118. Otros nombres 116. Segundo apellido 115. Primer apellido 117. Primer nombre ESPECIALIDADES MEDICAS INTEGRALES DEL CARIBE S.A.S 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1 112. Número de identificación 113. DV 114. Nacionalidad 111. Tipo de documento COLOMBIA 9 0 1 5 9 9 8 4 3 1 6 9 115. Primer apellido 116 Segundo apellido 117 Primer nombre 118 Otros nombres 119. Razón social BIOSALUD OCUPACIONAL S.A.S 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123 Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1 113. DV 114. Nacionalidad 112. Número de identificación 111. Tipo de documento 115. Primer apellido 116. Segundo apellido 117. Primer nombre 118. Otros nombres 5 119. Razón social 120. Valor capital del socio 121. % Participación 122. Fecha de ingreso 123. Fecha de retiro

### UNIÓN TEMPORAL SUMEICO

### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

NOTARIO DI

Los suscritos SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., a través de sus representantes legales, debidamente facultados para otorgar este acto, se han reunido para celebrar el siguiente acuerdo de Unión Temporal, teniendo en cuenta las siguientes;

#### CONSIDERACIONES:

Que la Constitución Política en su artículo 38 establece que se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de distintas actividades que las personas realizan en sociedad, a partir del derecho de asociación, a través del cual se fundamentan las diversas formas de asociación tipificadas o permitidas en el ordenamiento jurídico colombiano.

Que el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública, permite la constitución de uniones temporales y consorcios, con capacidad para celebrar contratos con cualquier entidad que integra la administración pública, en los términos del artículo 6° de la ley 80 de 1993.

Que conforme a las disposiciones del artículo 7° de la ley 80 de 1993, se entiende por unión temporal la unión de dos o más personas que en forma conjunta presentan una misma propuesta para la adjudicación, celebración y ejecución de un contrato, respondiendo solidariamente por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.

Que, en virtud de la prestación de servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Salud a través de la circular 067 de 2010, señala que los prestadores de servicios de salud pueden en forma individual prestar los servicios de salud que oferten o hacerlo mediante la figura de asociación o alianza estratégica de prestadores de servicios denominada Unión Temporal, mediante sistentes negociables mercantiles que faciliten el cumplimiento de la atención de servicios a ofertar o contratar, buscando la optimización de los recurs subdestinados a la salud, reduciendo los costos que podrían significar el tenero contratos con cada prestador.



### UNIÓN TEMPORAL SUMEIC

Que las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación normativa y contractual de garantizar con la red pública y privada la prestación de los servicios de salud de sus usuarios, teniendo en cuenta su habilitación, siendo responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la contratación de la prestación de los servicios.

Que de acuerdo con las necesidades de las Empresas Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A.; FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., debidamente habilitados en el Registro Especial De Prestadores De Servicios (REPS) y ajustados a la normatividad vigente, a través de sus representantes legales, han decidido aunar esfuerzos para presentar bajo la modalidad de unión temporal, una propuesta conjunta que tiene por alcance la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a usuarios afiliados a las EPSS.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, los representantes SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S. NIT 901219760-1, CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. NIT 900435080-1, CLINICA CHINITA S.A. NIT 800123572-1, FISIOMED INTEGRAL S.A.S. NIT 900784418-3, MEDICAUCA LIMITADA NIT 811021843-4, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S. NIT 900438216-1, PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT 901093730-5, CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA NIT 900082202-7 y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S. NIT 900007860-4, manifiestan su voluntad de conformar, como en efecto lo hacen, una UNION TEMPORAL, en los términos de los artículos 6 y 7 de la Ley 80 de 1993, para efectos de la presentación de propuesta, celebrar y ejecutar contrato Empresas Promotoras de Salud.

En los términos de lo anterior;

REGLAS QUE REGULAN LAS RELACIONES ENTRE LAS PARTES Y SU RESPONSABILIDAD. Las siguientes clausulas regulan las relaciones entre SUMINISTRÓS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S. NIT 901219760-1, CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. NIT 900435080-1, CLINICA CHINIT S.A. NIT 800123572-1, FISIOMED INTEGRAL S.A.S. NIT 900784418-MEDICAUCA LIMITADA NIT 811021843-4, UNIDAD DE ONCOLOGIA VEGAS S.A.S. NIT 900438216-1, PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT 901093730-5, CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA NIT 900082202-7 y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL



RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S. NIT 900007860-4 y su responsabilidad, entre las cuales se señalan los términos y extensión de la participación de ellas en la propuesta y en su ejecución, las que en este último caso, de conformidad con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 7 de la Ley 80 de 1993, no podrán ser modificadas sin el consentimiento previo y escrito de la entidad contratante:

PRIMERA: NOMBRE O DENOMINACIÓN. La Unión Temporal utilizará el nombre de UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS.

SEGUNDA: OBJETO. El objeto de esta Unión Temporal es presentar de manera conjunta una propuesta en el proceso de contratación que tiene por alcance la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a usuarios afiliados a las Entidades Promotoras de Salud, acorde a lo contemplado en el numeral 3.2.1.1 de la circular externa 067 de diciembre de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, como unión temporal de prestadores de servicios de salud abierta.

TERCERA: REPRESENTACION LEGAL DE LA UNIÓN TEMPORAL. Los Integrantes de la Unión Temporal por común acuerdo han designado a ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 50.923.374, con domicilio y residencia en la ciudad de Montería, como Representante Legal Principal para todos los efectos de la Unión Temporal. Como Representante Legal Suplente, los integrantes de la Unión Temporal designan a ROGER EDUARDO JIMENEZ HOYOS también mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.064.988.165, con domicilio y residencia en la ciudad de Montería, quien en situaciones de ausencia temporal y absoluta de la REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL tendrá las mismas facultades que esta. En tal evento con el fin de evitar que se den casos actuaciones paralelas, el Representante Suplente deberá: (1) Presentante constancia escrita de la representante principal a la EPS contratante, en la cui señale que no participará en determinada actuación o en la suscripcion celebración de un determinado acto o negocio jurídico; o, (2) Prestar declara juramentada a la EPS contratante, sobre la imposibilidad transitoria o absoluta 🖁 la representante principal de actuar o suscribir respectivos documentos. En consecuencia, el mandatario queda facultado para representar sin limitación alguna a cada una de las partes en todo lo relacionado con la presentación de la oferta de servicios, la suscripción y ejecución del contrato con la EPS contratante Sin perjuicio de lo anterior, el representante legal queda específicamente facultado para representar conjuntamente a la Unión Temporal y a todos los integrantes o la misma, a efectos de adelantar en su nombre de manera específica la siguientes actividades: (1) Presentar la propuesta de servicios para efectos de contratos con las EPSS; (2) Dar respuesta a los requerimientos y aclaraciones que solicite la Eps; (3) Recibir las notificaciones a que haya lugar dentro de las

> Carre i Stectionio. Li subtetto Lacej si 2020@gmail.com. (Catre 4.) No. 104 (6 Barbo Laurel is Monter a Córcoba



diferentes etapas del contrato; (4) Suscribir en nombre y representación de la Unión Temporal y sus integrantes el contrato; y, (5) En general, adelantar todos y cada uno de los actos y suscribir todos y cada uno de los documentos necesarios para vincular a cada una de las partes y a la Unión Temporal, incluyendo todos los que sean necesarios para perfeccionar el contrato, su ejecución y liquidación.

Por el solo hecho de la firma del presente acuerdo, los representantes, tanto principal como suplente, aceptan esta designación y entienden las obligaciones que se derivan del mismo.

CUARTA: OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS DE LA UNION TEMPORAL. Con el propósito de celebrar y ejecutar el contrato con las EPSS, los integrantes de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, en el marco del principio de la buena fe, asumen las siguientes obligaciones:

 Proponer servicios que están en la capacidad técnico administrativa, patrimonial, tecnológica y científica de ofrecer, al mismo tiempo debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

 Colaborarán en el marco del principio de la buena fe y harán sus mejores esfuerzos, lo que incluye asumir individualmente los costos que sean razonablemente necesarios, para preparar y presentar a tiempo la propuesta, y cumplir con las condiciones para la celebración del contrato con las EPSS.

 Colaborarán en el marco del principio de la buena fe y harán sus mejores esfuerzos para suscribir el contrato con las EPSS y adquirir los compromisos exigidos para cumplir con el objeto contractual que se pacte.

 Ejecutar las obligaciones y cumplir con sus prestaciones conforme fue acreditada la experiencia especifica por cada uno de los miembros de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, en virtud de la propuesta.

 Mantener y extender cuando sea necesario las garantías en los amparos y vigencias que exijan las EPSS, todo ello con ocasión y en los términos del contrato.

6. Participar en el proceso de liquidación del contrato.

7. Cada uno de los miembros de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I compromete a cumplir con las obligaciones en materia laboral, de segundad social y tributaria que correspondieren en razón de la firma del contrato, as mismo, cada uno de los miembros de la unión temporal se comprometen a tener los servicios habilitados ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y a cumplir con la normatividad en salud vigente.

Correo Elegtronico, utsumelool.aicepsi302000 Calle 42 No. 10º 36 Barrio Laureles Monteria,



QUINTA: RESPONSABILIDAD. 1) Responsabilidad solidaria frente a la entidad pública contratante. Los integrantes de la Unión Temporal denominada UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, comprometen su responsabilidad solidarias frente a la parte contratante, en lo relacionado con el cumplimiento total de la propuesta y del objeto del contrato que se va a celebrar con la entidad contratante. pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y de del contrato, se impondrán y asumirán de acuerdo con la responsabilidad individual teniendo en cuenta el porcentaje de participación por area específica de su asignación en la ejecución individual de cada uno de los miembros de la unión temporal, ello ajustado a la normatividad vigente en virtud de la responsabilidad solidaria de los miembros de las UT. 2) Responsabilidad solidaria frente a terceros. En caso de condenas por reclamos iniciados por terceros contra cualquiera de los integrantes, en razón y con ocasión de la ejecución del contrato y/o subcontratos con la Unión Temporal, se responderá conforme a las disposiciones de las normas vigentes, de acuerdo a como proporcionalmente le corresponda a cada uno de los integrantes de acuerdo con los niveles de participación previstos en este acuerdo, ello ajustado a la normatividad vigente en virtud de la responsabilidad solidaria de los miembros de las UT.

SEXTA: PARTICIPACIÓN. Los miembros de la Unión Temporal denominada UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS que suscriben el presente acuerdo establecen que su participación en la Unión Temporal será la siguiente:

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN LA UNION TEMPORAL	
SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S.	52.3%	
CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S.	5,3%	
CLINICA CHINITA S.A.	5,3%	
FISIOMED INTEGRAL S.A.S.	5,3%	
MEDICAUCA LIMITADA	5,3%	
UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S.	5,3%	
PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	5,3%.	
SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.	5,3%	
CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA	5,3%	
UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S.	5,8%	

Correo Electrónico: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Calle 42 No 10ª 36 Barrio Laureles Montería, Cordop













Con lo anterior, se estable un porcentaje de 100%, con la suma de la participación de cada uno de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS.

SÉPTIMA: OBJETO DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS. El objeto de cada uno de los integrantes de la Unión ILMAR EMILIO Temporal, respecto de los servicios que se comprometen a brindar con el NOTARIO propósito de garantizar el cumplimiento del objeto del contrato con la empresa contratante, son los siguientes:

	INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	OBJETO
)	SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S.	Brindar conforme a las necesidades de los afiliados de las EPSS, productos médicos desde farmacéuticos, insumos médicos y hospitalarios, mobiliarios clínicos y equipos médicos hasta de gestión misional, con el propósito de cooperar y facilitar la labor de los trabajadores de la salud, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
	CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S.	Ofrecer a las EPSS, servicios de mediana complejidad a sus afiliados, a través de un equipo de profesionales multidisciplinarios conforme a los servicios de hospitalización y consulta externa, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
	CLINICA CHINITA S.A.	Prestar a los afiliados de las EPSS servicios integrales en urgencias, consultas medico especializadas, apoyo diagnóstico y terapéutico, internación e intervención quirúrgica, a través de personal capacitado bajo policitas de eficiencia y seguridad debidamente habilitados y ajustados
	FISIOMED INTEGRAL S.A.S.	Prestación de atención en salud ambulatoria especializada con enfoque diferencial a los usuarios afiliados de las EPSS, que hagan parte de las comunidades, ofreciendo programas que vayan acorde con la necesidad de cada paciente en específico, identificando el estado de salud, edal, capacidad de desplazamiento.





Correc Electronico, utsumeicol alcepsi2020@gmail.com, Calle 42 No. 10f 35 Barrio Laureles Monteria. Cordoca



	or amount of	
MEDICAUCA LIMITADA	ubicación geográfica, entre otros factores determinantes, para que puedan obtener la atención que necesitan de acuerdo a su patología sin que se ponga en riesgo su salud, a través de Programas de Seguimiento, Controles, Toma de Muestras y Consultas Domiciliarias. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.  Prestar a la población afiliada a las EPSS, servicios de salud habilitados conforme a la demanda de los afiliados en servicios de medicina general,	DE COLLARO CIA DE COLLARO CONTROLO COLLARO COL
UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S.	odontología general, urgencias, transporte asistencial básico y servicios de laboratorio, ginecología a través de servicio ambulatorio y hospitalario. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.  Disponer de toda nuestra estructura física, humana y administrativa para la atención de los usuarios de las EPSS, para la prestación de servicios de salud especializados en la rama de la ginecología, oncología, mastología, imagen diagnóstica y ultrasonido. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a	A TOTAL STATE OF THE PARTY OF T
PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	la normatividad vigente.  Garantizar el correcto abordaje de los afiliados a las EPSS, a través de un conjunto de acciones multidisciplinarias en salud integral en atención domiciliaria especializada medicina general, medicina interna psiquiatría, psicología, pediatría fisioterapia, nutrición, dermatología optometría, oftalmología, ecografía convencionales y gineco obstétrica, toma de muestra de laboratorios, hospitalización en casa 24 horas en pacientes de cuidados paliativos. Cada uno de estos servicios	Thorse of the second of the se

Correo Electrónico ulsumeixol alcepsi2020@gmail.com. Calle 42.No. 10º 35 Barrio Laureles Monteria, Cordobe



	debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.	Poner a disposición de las EPSS, el más completo portafolio de exámenes en los diferentes niveles de complejidad, utilizando tecnológía automatizada y semi-automatizada personal altamente calificado y competente, procedimientos estandarizados con estrictos controles de calidad internos y externos lo que garantiza confiabilidad y seguridad de sus resultados. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA	Prestar a los afiliados de las EPSS, servicios de consultas médico generales, servicios de urgencia, internación, imágenes, laboratorio, ambulatorios y hospitalarios. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S.	Atender las necesidades de la población infantil afiliada a las EPSS, respecto a la atención profesional de cuidados básicos neonatales y pediátricos a través del Plan Canguro. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

Cada uno de los objetivos descritos, está determinado por el portafolio de servicios de cada miembro de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, reiterando que estos se encuentran debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

OCTAVA: CUMPLIMIENTO. Cada uno de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS se compromete a cumplir con las obligaciones compromisos de este acuerdo, bajo los criterios de la calidad, oportunidad eficiencia y eficacia.

PARÁGRAFO 1. En el evento en que cualquiera de los miembros incumpliera con las obligaciones pactadas, los demás miembros tendrán la facultad para expulsarlo de la unión temporal y a su vez, adquieren la responsabilidad conforme a la normatividad vigente, de contratar o incluir otro miembro para







ejecución de las actividades, siempre que este nuevo prestador cuente con la idoneidad y capacidad para desarrollar la actividad ejecutada por el miembro expulsado, sin que esto afecte la responsabilidad de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS ante la EPS contratante, de conformidad con la normatividad vigente.

NOVENA: EXCLUSIVIDAD. Los integrantes de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, deberán tener en cuenta que el ser miembro de esta Unión Temporal y participar en la implementación y desarrollo del proyecto no podrá de ninguna forma impedir que las personas jurídicas que la componen, ni sus funcionarios, directores o empleados que se dediquen a otra actividad, presente o futura, en la medida que dicha actividad no sea en competencia con el contrato desarrollado, ni de ninguna forma podrá evitar, restringir a ninguno de los integrantes a participar en cualquier otra empresa de riesgo compartido, compañía limitada u otro arreglo empresarial.

**DÉCIMA:** AUTONOMÍA. Cada miembro de la presente Unión Temporal mantendrá su autonomía jurídica, logística, económica y la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS no tendrá injerencia en las actividades de cada miembro que se une para cumplir con el objeto del contrato.

DÉCIMA PRIMERA: CESIÓN. Los integrantes de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, no podrán ceder de ninguna forma, en todo o parte, su participación en la Unión Temporal que trata este acuerdo.

DÉCIMA SEGUNDA: DURACIÓN. La UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS tendra una duración de dos (2) años, contados a partir desde la fecha de la suscripción de este documento hasta el 19 de enero de 2023, cuya terminación estará sujeta a la liquidación de los pasivos de las actividades comunes.

DÉCIMA TERCERA: IRREVOCABILIDAD. Una vez constituida la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, ésta tendrá carácter irrevocable, desde su constitución hasta el vencimiento de su vigencia, mucho menos podrá ser rescindido o disuelto; salvo que medie justa causa.

PARÁGRAFO 1. Entiéndase que cada contrato que se suscriba debe tener la aprobación de las partes para que se cumpla la irrevocabilidad.

DÉCIMA CUARTA: GASTOS DE SOSTENIMIENTO. Los gasto sostenimiento tendrán cargo al 4% AUI pago que se hará a cada prestador.

DÉCIMA QUINTA: DISOLUCION Y LIQUIDACIÓN. La Unión Temporal que per este documento se constituye, se disolverá por las siguientes causas: a) per per vencimiento del término de duración según el objeto por el cual se constituyó, si antes no fuere prorrogado, b) por imposibilidad de la unión temporal para con



desarrollar el objeto contractual, c) por orden de autoridad judicial y d) por las demás causales que establezca la ley colombiana vigente.

PARÁGRAFO: 1. En caso de liquidación voluntaria, el liquidador será nombrado por el Consejo de Administración que se nombra de la unión temporal. En caso de ser una liquidación forzosa, el liquidador será nombrado por la autoridad que la ordenó, según la legislación nacional. En el momento en que no fuere posible el nombramiento de liquidador. la Cámara de Comercio de Montería hará la designación de liquidador. La liquidación del patrimonio social se hará en un todo de acuerdo a las prescripciones legales consagradas en el capítulo X del título del Libro Segundo del Código de Comercio, o las que en su momento rigieren al respecto.

DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIONES. Cualquier modificación al presente acuerdo constitutivo deberá constar en escrito suscrito por el representante legal y, además, en el caso de la modificación de los términos y extensión de su participación en la propuesta y en su ejecución, se deberá contar con el consentimiento previo y escrito de la entidad contratante, de conformidad con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

PARÁGRAFO 1. En situación de ausencia temporal o absoluta del representante legal principal, cualquier modificación al presente acuerdo podrá suscribirse por el representante legal suplente designado.

DÉCIMA SÉPTIMA: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Toda diferencia o controversia relativa a este acuerdo, a su ejecución y liquidación que surja entre los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, se resolverá uche interestamente entre las partes en disputa, empero si ello no fuera posible o cualquiera de las partes involucradas en la disputa no estuviere en disposición de arreglar directamente tales diferencias, se acudirá al siguiente mecanismo de solución de controversias:

COMPROMISORIA. Toda diferencia o controversia relativa a este acuerdo y a su ejecución y liquidación que surja entre los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS, será resuelta por un Tribunal de Arbitramiento del mismo domicilio en el que se constituyó la unión temporal, los árbitros serán elegidos de la lista de inscritos de la Cámara de Comercio de Montería, a solicitudo cualquiera de las partes, y este tribunal decidirá en derecho.

DÉCIMA OCTAVA: NORMAS APLICABLES. Este acuerdo de UNITEMPORAL para todos los fines será regido, interpretado y exigible conformidad con la normatividad vigente en Colombia.

DÉCIMA NOVENA: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES. El domicilio de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS estará ubicado en la Calle 42 No. 10 A 36 del barrio Laureles de la ciudad de Montería, Córdoba. Cualquier tipo de notificación que se

Correu Electrónico utsumeicol aicepsi20. Lig gmail com Calle 42 No. 101 35 Barrio Laureles Moneria, Córdoba



deba o se quiera hacer enviar a la Unión Temporal se recibirá en la sede de su domicilio, en el contacto telefónico 3218612591 y en el correge electrónico:utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com.

PREGISTRO

MANUELLO

OPAVID JAN LLO

OPAVID JA

Para constancia de lo cual, cada una de las partes a través de sus representantes legales, suscribe el presente acuerdo constitutivo de Unión Temporal, en la ciudad de Montería a los ( ) días del mes de\_\_\_\_\_\_del año dos mil veintiunos (2021).

Por

ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA

CC. No. 50.923.374
Representante Legal Principal
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Por

ROGER EDUARDO JIMENEZ HOYOS

CC. No. 1.064.988.165
Representante Legal Suplente
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Firma:

ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA

CC.No.50.923.374 Representante Legal

SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S.

olanda Kora Po

YOLANDA ROSA PERCY DIAZ

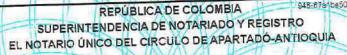
CC. No. 64.739.458 Representante Legal CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S.

JOSE MANUEL CAMARGO ORTIZ

CC. No. 71,936,942 Representante Legal Ders

LUCY AMOUNT OJA POR

Colle 42 No. 10° 36 Barrio Laureles Monterla, Cordoba



COMO NOTARIO ÚNICO DEL CÍRCULO DE APARTADO DOY TESTIMONIO QUE LA FIRMA PUESTA EN ESTE DOCUMENTO ES SIMILAR A LA DE

CAMARGO CRTIZ JOSE MANUEL

IDENTIFICADO CON C.C. 71936942

m Inclanaer linea co Cod.: 73zh2

QUIEN LA HA REGISTRADO EN ESTA NOTARIA(Articulo 73 del Decreto 960/70)

Apartadó 2021-01-14 09:32:56

WILMAR EMILIO DA 10 JARAMILLO NOTARIO ÚNICO DE APARTADO

YREGISTRO

YREGISTRO

WILMAR ENNLIG

DAVID JARAWILLO

NOTARIO

UNICA DE

700 - ANTO

15 ENE 2021

NOTARIA PHIMERA DEL CIRCUI D DE PRONTERIAL

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AMENTICIDAD DE HUELLA

Antemi, JOSE PARIO CIPUENDE LEON NOTARIO MINERO del circuio de Montería
comparacció(eron)

LOGER
TOURNED

JIMENEZ
FOGOS

Identificado(s) con

CL 106 Y 93 3 160 de

expedida(s) en

Quillo

y declarizarion) que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento
es(son) su(a(s) y el contentido del mismo es cierto, a imprimo (eron) su(a) hualta(s) dectifar(as). En fe de lo coval se firma
esta diligencia en Montería.
firman de los comparacientes

68 D.L. 280/70)

MORNING ESTADILIGENCIA MORNING EREALIZA POR MORNING TENCIA DEL MORNING INTERESADO



CLINICA CHINITA S.A.

JUAN CARLOS MERLANO GOMEZ

CC. No. 11.106.492 Representante Legal FISIOMED INTEGRAL S.A.S.

EMY PALMA VILLAMIZAR

CC. No. 1.040.498.134 Regresentante Legal MÉDICAUCA LIMITADA

FELLIRE CARLOS PETRO PRIETO

CC. No. 73.101.327 Representante Legal

UNIDAD ONCOCOGICA LAS VEGAS S.A.S.

EDER GALINDO ESCORCIA

CC. No. 1.043.007.016 Representante Legal

PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S.

BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA

CC. No. 34,969,656 Representante Legal

SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.

1 6 ENE. 2021 TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD

EL NOTARIO TERCERO DE MONTERÍA

Previa la confrontación correspondiente, declara que la firma que apprece an el presente documento corres

JOSE CARLOS HA

CC. No. 79.296.278 Representante Legal

CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA

MIGUEL PUCHE YANEZ NOTARIO

ESTA DILIGENCIA SE HACE A

Content Electronica usa LUCYAR tai .com. Calle 42 No. 101 1 Bar Cardoba











RUEGO E INSISTENCIA DEL USUARIO









15 ENE 2021 NOTARIA PRIMERA LEL CINQUED DE MONTERIA DILIGENCIA DE RECONSCIENSA LO DE CONTENIDO FIRMA Y ASSENTICIDAD DE HUELLA ARTE MI, 165E STATE CIPBLES LEON MISSES THE COMPETE CO BRA SUSZ domparació(ercn) OS HONES LMANZA ERNANDE Identificada(a) des tec expedida(s) en. y declar(varon) que la(e) firma(e) puesta(e) en esta decamento es(son) euyà(s) y el contentido del mismo es cierto, e impulmió (eron) su(e) huolis(a) deciliar(es). En fo de lo cuel se firma (ART. 88 D.L. 960/70) esta diligencia en Monteria 15 ENE 2021 NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTEALA DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO FIRMA Y ANTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mil, JOSE FAGIO CIFLENTES LEON, November del circulo de Mantaria comparació (eron) JOAN (ANUO) compareció(eron) JUAN ERLAND GOMES identificado(s) con 11106492 Nupor expedida(s) en

y declar/yaron) 4.% (ats) firma(s) puesta(s) en este documento estaco) enva(s) v.ot contenido del miono os cierto, e imprimió (aron) su(s) hublis(s) decultar(as). En to de lo cuat se firma

esta diligencia en Montalia.

(ART. 68 D.L. 980/70) Firman da los conspirecientes







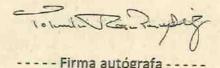


## DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO Articulo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



161868

En la ciudad de Caucasia, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el catorce (14) de enero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Única del Circulo de Caucasia, compareció: YOLANDA ROSA PERCY DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía 64739458 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



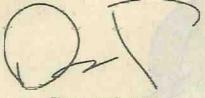


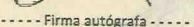
olqmygvw1m5n 14/01/2021 - 15:38:07



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

ORLANDO RAFAEL PALMA VILLAMIZAR, identificado con Cédula de Ciudadanía 1152449342 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.







olqmygvw1m5n 14/01/2021 - 15:38:51



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado

Este folio se vincula al documento de UNION TEMPORAL SUMEICOL I.P.S signado por el compareciente.



Notario Única del Círculo de Caucasia, Departamento de Antioquia

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co Número Único de Transacción: o1qmygvw1m5n

15 ENE 2021

inity A RIA PRIMENA DEL CIRCULO DE MONTERIA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mi, JOSE FABIO CIEUENTES LECTINOTARIO primero das circulo de Mastodo
comparació(eron)

UTURA DA GARAGA FIGUERO

Aspedida(s) en

Y costandarion) que la (a) risma(a) puesta(a) an este documento
estaphi ropasal y a) committo dat mismo es cierta, e imprimió
intra muel huelta(s) dastitarios. En fe de 10 cual se tirma
esta differencia estancia.

Finnum una describada estancia.

Finnum una describada estancia.

ART. 68 DL 960/70)

ADOE!

ALZ MNC RES

STADI E REA NSISTE

woZ

al shaton einstrold sb HE TO STREET THE WORLD BY AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE

des de Cauciera, Departemento de Amboqui funo (1011), rivija Noturid Voice (id Cross ado con Cédille de Ciudadanta 64035458 y di

e sent es abilitatada la y investiga

000

Margathia neo FF

Comitanne se Arriculu 18 del Oranto - 1 sy 010 de bill marrico en llines de su hualla dacidar con la los Registraduria Nacional sul Estado Chil.

is an emaminob erhasese la na eya wat skir a sk

nichen Broston de production auf executa reportes la parte en CAP par arreport lan air encoura de mendados el El el estata de servicio el contemple entrargo de destato forma de la contemplación de servicio en contemplac

Another its abtention of the regardence, or discharged in regard to present a bent to describe the sea do to a present of the production of the production of the production of the control of the production of the control of the control of the production of the control of the control of the production of the control of t

Eac folio se vincula al documento de UNION TEMPORIN SIAMELOU, UPS derede mur el comperciona

MOTARIA



ATBUTTA STANAS TULBANIES BY TH

Retario Unica del Circulo de Caucasia, Departamento de Antuigola

Consulty and decuments in manufacture of comments and a second of the se



# DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



194136

En la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, República de Colombia, el quince (15) de enero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Tercera (3) del Círculo de Montería, compareció: ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA, identificado con Cédula de Ciudadanía 50923374 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Angelica H Pioza

---- Firma autógrafa ----



qv4z2rxxymo5 15/01/2021 - 17:34:24



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se vincula al documento de DOCUMENTO RPIVADO signado por el compareciente, en el que aparecen como partes ANGELICA MARTINEZ.





MIGUEL FRANCISCO PUCHE YÁÑEZ

Notario Tercera (3) del Círculo de Montería, Departamento de Córdoba

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co Número Único de Transacción: qv4z2rxxymo5





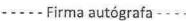


### DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el diecinueve (19) de enero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Veintidos (22) del Círculo de Medellín, compareció: EDER GALINDO ESCORCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía 1043007016 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.







vx7md7x3gme2 19/01/2021 - 14:14:37



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

FELIPE CARLOS PETRO PRIETO, identificado con Cédula de Ciudadanía 73101327 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



- - Firma autógrafa - -



vx7md7x3gme2 19/01/2021 - 14:15:29



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se vincula al documento de UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS signado por el compareciente.



Notario 💯 inti🍪 🚅 🔁 ) da 🏅 Grtulo de Medellín, Departamento de Antioquia Encargado

Consulte ate documento en www.notariasegura.com.co Número Unico de Transacción: vx7md7x3gme2

23 de diciembre de 2020, El bagre - Antioquia

Señores

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

Referencia: poder especial, amplio y suficiente.

Yo, EMY PALMA VILLAMIZAR, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía, 1.040.498.134, de El Bagre, Antioquia, domiciliado en el mismo municipio, actuando en mi calidad de Representante Legal de la CLÍNICA MEDICAUCA, identificada con NIT 811.021.843, manifiesto que por medio del presente documento otorgo poder especial amplio y suficiente a ORLANDO RAFAEL PALMA VILLAMIZAR, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía 1.152.449.342, de Medellín, Antioquia, para que en nombre y representación de la Clínica pueda ejecutar negociaciones pertinentes, firma de actos jurídicos y representación legal de la sociedad ante la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

Por lo anterior, mi apoderado queda facultado para cualquier trámite necesario para el cumplimiento del poder otorgado.

En conformidad con lo antes mencionado, se firma a los 23 días del mes de 0 cumbre del 2020

Poderdante,

EMY PALMIA VILLAMIZAR

C.C. 1.040.498.134

Apoderado

ORLANDO RAFAEL PALMA VILLAMIZAR

C.C. 1.152.449.3

# 2 3 DIC 2020

REPOS ALIME OF THE PROPERTY OF



Montería, \_\_\_ de febrero de 2021

ASUNTO: INCORPORACION DE NUEVOS MIEMBROS A LA UNION TEMPORAL

SUMEICOL IPS

En cumplimiento de las facultades que me han sido otorgadas para todos los efectos en concordancia con las limitaciones jurídicamente establecidas, ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA identificada con cédula de ciudadanía No.50.923.374, como representante legal de la Unión Temporal SUMEICOL IPS, conformada por SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., teniendo en cuenta las siguientes;

#### CONSIDERACIONES:

Que en los términos de los artículos 6 y 7 de la Ley 80 de 1993, para efectos de presentación de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los representantes de SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S. NIT 901219760-1, CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. NIT 900435080-1, CLINICA CHINITA S.A. NIT 800123572-1, FISIOMED INTEGRAL S.A.S. NIT 900784418-3, MEDICAUCA LIMITADA NIT 811021843-4, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S. NIT 900438216-1, PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT 901093730-5, CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA NIT 900082202-7 y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S. NIT 900007860-4, deciden conforman unión temporal denominada UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS.

Que en cumplimiento de las obligaciones tributarias que deben atender las Uniones Temporales, en forma previa al inicio de su actividad económica, se procedió al registro correspondiente de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en el Registro Único Tributario.

Que la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en su calidad de Unión Temporal, entendida como figura propia del derecho privado sujeta a la ley civil, tiene capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Que, conforme a los derechos adquiridos y de acuerdo con las necesidades de las Empresas Promotoras de Salud, la UNION TEMPORAL SUMEICOL ha decido aunar esfuerzos para la mejoría de su portafolio de servicios, con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos para la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a usuarios afiliados a las Entidades Promotoras de Salud, acorde a lo contemplado en el







numeral 3.2.1.1 de la circular externa 067 de diciembre de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que conforme a la cláusula decima sexta del acta de conformación de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, cualquier modificación al acuerdo constitutivo deberá constar en escrito suscrito por el representante legal, de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 80 de 1993.



En los términos de lo anterior,

#### RESUELVE:

PRIMERO: Incorporar a la Unión Temporal Sumeicol IPS, en calidad de miembros a las instituciones CAMI S.A.S. identificada con NIT 812004304-8 y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S. Identificada con NIT 901279675-8.

SEGUNDO: Las instituciones CAMI S.A.S. y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S., se apegaran a las cláusulas que rigen la relación de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, como se ha estipulado en el acta de constitución de la unión temporal, asumiendo en el marco del principio de la buena fe, las obligaciones, responsabilidades ante la entidad contratante, responsabilidades ante terceros, cláusulas de cumplimiento, de exclusividad, compromisorias y demás mandatos establecidos en razón del cumplimiento del objeto de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, en los términos de la normatividad vigente bajo los criterios de la calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia.

TERCERO: El objeto de los integrantes que se incorporan a la Unión Temporal, respecto de los servicios que se comprometen a brindar con el propósito de garantizar el cumplimiento del objeto del contrato con la empresa contratante, son los siguientes:

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	OBJETO
CAMI S.A.S.	Prestar a los afiliados de las EPSS servicios de laboratorio clínico, bacteriológico, citohispatologico, odontológicos, urgencias 24 horas, transporte asistencial de pacientes en ambulancia, consultas especializadas, pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna, oftalmología, optometría, ortopedia y traumatología, programas de promoción y prevención en salud, a través de las modalidades de atención ambulatoria y domiciliaria. Cada uno de estos servicios, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	Ofrecer a las EPSS, servicio de hogar de paso, ajustado a la normatividad vigente.





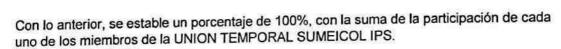


Parágrafo 1. Cada uno de los objetivos descritos, está determinado por el portafolio de servicios ofrecido por los miembros incorporados a la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, reiterando que los servicios que lo ameritan se encuentran debidamente habilitados, y en su totalidad ajustados a la normatividad vigente.



CUARTO: Que para los fines de la participación, los porcentajes de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL quedaran establecidos de la siguiente manera;

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN LA UNION TEMPORAL
SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES	50.3%
DE COLOMBIA IPS S.A.S.	5 AN/
CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S.	5,3%
CLINICA CHINITA S.A.	5,3%
FISIOMED INTEGRAL S.A.S.	5,3%
MEDICAUCA LIMITADA	5,3%
UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS	5,3%
S.A.S. PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	5.3%
SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.	5,3%
CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA	5,3%
UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S.	5,3%
CAMI S.A.S.	1%
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	1%



QUINTO: Esta decisión de incorporación a la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS para todos los fines será regido, interpretado y exigible de conformidad con la normatividad vigente en Colombia.

SEXTO: Que con fundamento en el Estatuto Tributario se procederá a realizar las actualizaciones que correspondan, en el marco de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

Para constancia de lo cual, se suscribe, en la ciudad de Monteria a los ( ) días del mes de febrero del año dos mil veintiunos (2021).

Por:

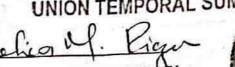


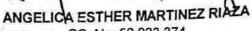












CC. No. 50.923.374

Representante Legal Principal UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS





Aceptación de términos de los miembros incorporados;

SHIRLY SIMANCA QUESADA

CC. No.45.477.810 Representante Legal

CAMI S.A.S.

MARIA AUXILIADORA POLO MARTINEZ

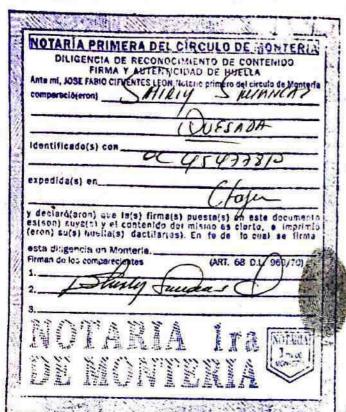
CC. No 49.716.508

Representante Legal

UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.

Votaria Unica de Cerete	República de Colombia	ğ N		
AUTENTICACION DI RECONO En Cereté - Córdoba 01/ Ante el Notario Único Córdoba comparecio: MARTINEZ RIAZA ANGE	ELICA ESTHER	A INSISTENCIA DEL LI	Wotari	
Quien ademas declaro que huella que aparecen en documento son suyas contenido del mismo es cie	el presente y que el rto	TOTARIO !	The state of the s	
PM REBERE	n Ricardo Notario			

# 12 MAR 2021



LISES TADALLOGICA DELLA STANDORLA ST

12 MAR 2021

DILIGENCIA DE	RADEL CIRCL'LO DE MO	NIEN
Ante ml. JOSE FABIO CIFU compereció(eron)	AUTENTICIONO DE HUELLA	80 NF
	Pow HARTIN	-
Identificaco(s) con_	00 697165	8
expecida(s) en	Val	lde
ESISORI & TEL " V FI 36	is; firme(s) puesto(s) en este intenido del mismo es cierte, úsctilaries). En le de la cas	A Impresent
and the second s		
ente ding of a my Man		1
Firmer co 12 Politica and 1		
		00
		MOIN O



mologoeeeg



Monteria,09 de marzo de 2021

ASUNTO: INCORPORACION DE NUEVOS MIEMBROS A LA UNION TEMPORAL SUMBRO IPS

En cumplimiento de las facultades que me han sido otorgadas para todos los efectos en concordancia con las limitaciones jurídicamente establecidas, ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA identificada con cédula de ciudadanía No.50.923.374, como representante legal de la Unión Temporal SUMEICOL IPS, conformada por SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA, UNIDADDE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA, UNIDAD DE SEGUIMIENTO DELRECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., CAMI S.A.S., y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S., teniendo en cuenta las siguientes:

#### CONSIDERACIONES:

Que en los términos de los artículos 6 y 7 de la Ley 80 de 1993, para efectos de presentación de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los representantes de SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S. NIT 901219760-1, CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. NIT 900435080-1, CLINICA CHINITA S.A. NIT 800123572-1, FISIOMED INTEGRAL S.A.S. NIT 900784418-3, MEDICAUCA LIMITADA NIT 811021843-4, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S. NIT 900438216-1, PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT 901093730-5, CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA NIT 900082202-7 y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS

S.A.S. NIT 900007860-4, deciden conforman unión temporal denominada UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS; y haciendo uso de sus facultades incorporan a CAMI S.A.S., y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.

Que en cumplimiento de las obligaciones tributarias que deben atender las Uniones Temporales, en forma previa al inicio de su actividad económica, se procedió al registro correspondiente de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en el Registro Único Tributario.

Que la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en su calidad de Unión Temporal, entendida como figura propia del derecho privado sujeta a la ley civil, tiene capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Que, conforme a los derechos adquiridos y de acuerdo con las necesidades de las Empresas Promotoras de Salud, la UNION TEMPORAL SUMEICOL ha decido aunar esfuerzos para la mejoría de su portafolio de servicios, con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos para la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidada usuarios afiliados a las Entidades Promotoras de Salud, acorde a lo contemplado en el numeral 3.2.1.1 de la circular externa 067 de diciembre de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que conforme a la cláusula decima sexta del acta de conformación de la UNIONTEMPORAL SUMEICOL, cualquier modificación al acuerdo constitutivo deberá constar enescrito suscrito por el representante legal, de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 delartículo 7 de la Ley 80 de 1993

En los términos de lo anterior,





#### RESUELVE:

PRIMERO: Incorporar a la Unión Temporal Sumeicol IPS, en calidad de miembros a las instituciones ONCOMEDICA S.A. identificada con NIT 812007194-8 e INSTITUTO MEDICODE ALTA TECNOLOGIA -IMAT identificado con NIT 901085352-0.

SEGUNDO: Las instituciones ONCOMEDICA S.A e INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA -IMAT., se apegaran a las cláusulas que rigen la relación de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, como se ha estipulado en el acta de constitución dela unión temporal, asumiendo en el marco del principio de la buena fe, las obligaciones, responsabilidades ante la entidad contratante, responsabilidades ante terceros, cláusulas de cumplimiento, de exclusividad, compromisorias y demás mandatos establecidos en razón del cumplimiento del objeto de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, en los términos de la normatividad vigente bajo los criterios de la calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia.

TERCERO: El objeto de los integrantes que se incorporan a la Unión Temporal, respecto de los servicios que se comprometen a brindar con el propósito de garantizar el cumplimiento del objeto del contrato con la empresa contratante, son los siguientes:

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	OBJETO
ONCOMEDICA S.A.	Prestar a los afiliados de las EPSS servicios integrales especializados en materia de oncología y medicina cardiovascular, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA – IMAT	Ofrecer a las EPSS, brindar servicios a sus afiliados de medicina de alta complejidad y primera línea en servicios especializados, procedimientos, cuidados paliativos y tratamientos en materia oncológica, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

Parágrafo 1. Cada uno de los objetivos descritos, está determinado por el portafolio de servicios ofrecido por los miembros incorporados a la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, reiterando que estos se encuentran debidamente habilitados y ajustados a la normatividadvigente.

CUARTO: Que para los fines de la participación, los porcentajes de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL quedaran establecidos de la siguiente manera;

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION ENLA UNION TEMPORAL
SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALESDE COLOMBIA IPS S.A.S.	51.9%
CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S.	3.7%
CLINICA CHINITA S.A.	3.7%
FISIOMED INTEGRAL S.A.S.	3.7%
MEDICAUCA LIMITADA	3.7%







INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN LA UNION TEMPORAL
UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGASS.A.S.	3.7%
PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	3.7%
SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.	3.7% CANTES
CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA	3.7%
UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S.	3.7%
CAMI S.A.S.	3.7%
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	3.7%
ONCOMEDICA S.A.	3.7%
INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA – IMAT	3.7%

Con lo anterior, se estable un porcentaje de 100%, con la suma de la participación de cadauno de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS.

QUINTO: Esta decisión de incorporación a la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS para todos los fines será regido, interpretado y exigible de conformidad con la normatividad vigente en Colombia. SEXTO: Que con fundamento en el Estatuto Tributario se procederá a realizar las actualizaciones que correspondan, en el marco de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

Para constancia de lo cual, se suscribe, en la ciudad de Montería a los nueve (9) días del mes de marzo del año dos mil veintiunos (2021).

Por:

ROGER EDUARDO JIMÉNEZ HOYOS

CC. No. 1.064.988.165
Representante Legal Suplente
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Aceptación de terromos de los miembros incorporados;

ROSA SUSANA PEÑATE ACEVEDO

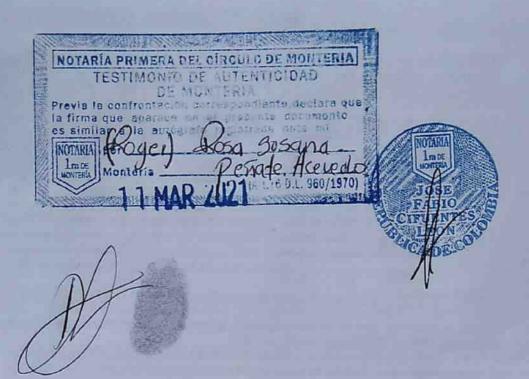
CC. No. 50.853/212 Representance

ONCOMEDICA S.A.

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA - IMAT

The second secon





11 MAR 2021

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO  DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO  Ante mi, JOSE FABIO CIPUENTES LEON, Motario primero del curculo de Montario  COPERCIÓ(GION)  O GE Y  TIMENES  COPERCIÓ(GION)  O GE Y  O GO	
corperció(eron)  20 ge y   1 menez   10405  Contributo(s) con   188   164   44  expedida(s) en   288   164   44  expedida(s) en   288   264   44  v declaro, aron; que lo(s) firma(s) puesta(s) en este documento estani hivató) e el contenido del mismo es cierto, e imprimió estani hivató) e el contenido del mismo es cierto, e imprimió estani hivató) hecita(s) dactilartes). En te de to ceal se firma (eron) su(s) hecita(s) dactilartes).	
y declargaron que le(s) firma(s) puesta(s) an este documento y declargaron que le(s) firma(s) puesta(s) an este documento estant hivata) - si contenido del mismo as bierto, e imprimio estant hivata(s) - dactiartes). En fe de lo cual se firma (eton) su(s) huelta(s) dactiartes). En fe de lo cual se firma (eton) su(s) huelta(s) dactiartes).	
(eron) su(s) hue ta(s) dactilar(es). En fe de 10 ceal se (misson) su(s) hue ta(s) dactilar(es). En fe de 10 ceal se (misson) su (eso) su (	
Firman do les comperecientes (Art. do St.	
STATE NOTARIA	
DE MONTERIA	

JOSE FABIO
CIPUENTES OF LEON OUT



Montería, 11 de febrero de 2021

ASUNTO: INCORPORACION DE NUEVOS MIEMBROS A LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

En cumplimiento de las facultades que me han sido otorgadas para todos los efectos er concordancia con las limitaciones jurídicamente establecidas, ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA identificada con cédula de ciudadanía No.50.923.374, como representante legal de la Unión Temporal SUMEICOL IPS, conformada por SUMINISTROS' MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., teniendo en cuenta las

RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S., teniendo en cuenta isopo de siguientes;

CONSIDERACIONES:

Que en los términos de los artículos 6 y 7 de la Ley 80 de 1993, para efectos de presentacion de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas, celebrar y ejecutar contratos con Empresas Promotoras de Salud, los de propuestas de SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S. NIT 901219760-1, CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S. NIT 900435080-1, CLINICA CHINITA S.A NIT 800123572-1, FISIOMED INTEGRAL S.A.S. NIT 900784418-3, MEDICAUCA LIMITADA NIT 811021843-4, UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S. NIT 900438216-1, PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT 901093730-5, CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA NIT 900082202-7 y UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IP. S.A.S. NIT 900007860-4, deciden conforman unión temporal denominada UNJ TEMPORAL SUMEICOL IPS.

Que en cumplimiento de las obligaciones tributarias que deben atender las Unione Temporales, en forma previa al inicio de su actividad económica, se procedió al regista correspondiente de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en el Registro Único Tributarios

Que la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS en su calidad de Unión Temporal, entendida como figura propia del derecho privado sujeta a la ley civil, tiene capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Que, conforme a los derechos adquiridos y de acuerdo con las necesidades de las Empresas Promotoras de Salud, la UNION TEMPCRAL SUMEICOL ha decido aunar esfuerzos para la mejoría de su portafolio de servicios, con el propósito de cumplir con los obietivos propuestos para la prestación de servicios de saiud de mediana y alta complejidad a usuarios afiliados a las Entidades Promotoras de Salud, acorde a lo contemplado en el ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO



numeral 3.2.1.1 de la circular externa 067 de diciembre de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que conforme a la cláusula decima sexta del acta de conformación de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, cualquier modificación al acuerdo constitutivo deberá constar en escrito suscrito por el representante legal, de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

En los términos de lo anterior,

#### RESUELVE:

PRIMERO: Incorporar a la Unión Temporal Sumeicol IPS, en calidad de miembros a las instituciones CAMI S.A.S. identificada con NIT 812004304-8 y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S. Identificada con NIT 901279675-8.

SEGUNDO: Las instituciones CAMI S.A.S. y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S., se apegaran a las cláusulas que rigen la relación de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, como se ha estipulado en el acta de constitución de la unión temporal, asumiendo en el marco del principio de la buena fe, las obligaciones, responsabilidades ante la entidad contratante, responsabilidades ante terceros, cláusulas de cumplimiento, de exclusividad, compromisorias y demás mandatos establecidos en razón del cumplimiento del objeto de la UNION TEMPORAL SUMEICOL, en los términos de la normatividad vigente bajo los criterios de la calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia.

TERCERO: El objeto de los integrantes que se incorporan a la Unión Temporal, respecto de los servicios que se comprometen a brindar con el propósito de garantizar el cumplimiento del objeto del contrato con la empresa contratante, son los siguientes:

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	OBJETO
CAMI S.A.S.	Prestar a los afiliados de las EASS servicios de laboratorio clínicos bacteriológico, citohispatologico, odontológicos, urgencias 24 horas, transporte asistencial de pacientes en ambulancia, consultas especializadas, pediatría, ginecología, cirugía general, medicina interna, oftalmología, optometría, ortopedia y traumatología, programas de promoción y prevención en salud, a través de las modalidades de atención ambulatoria y domiciliaria. Cada uno de estos servicios, debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	Ofrecer a las EPSS, servicios de comercio y salud, prevención de la enfermedad,

ESPACIO EN BLANCO



servicios adicionales conforme a las necesidades de la población atendida como: Servicios médicos asistenciales y ambulatorios, medicina preventiva suministros de medicamentos e insumos hospitalarios, atención médica domiciliaria, así como la planificación y ejecución de programas o proyectos que beneficien a la comunidad de afiliados, incluidos los servicios de hogar de paso. Cada uno de estos servicios debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

JOSE FABIO LEON CA: DE LU

Parágrafo 1. Cada uno de los objetivos descritos, está determinado por el portafolio de servicios ofrecido por los miembros incorporados a la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, reiterando que estos se encuentran debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.

CUARTO: Que para los fines de la participación, los porcentajes de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL quedaran establecidos de la siguiente manera;

INTEGRANTE DE LA UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	PORCENTAJE DE PARTICIPACION EN LA UNION TEMPORAL
SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES	50.3%
DE COLOMBIA IPS S.A.S.	
AMBIA TU VIDA IPS S.A.S.	5,3%
LINICA CHINITA S.A.	5,3%
ISIOMED INTEGRAL S.A.S.	5,3%
EDICAUCA LIMITADA	5,3%
NIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS	5,3%
.A.S.	(a)
ROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	5,3%
RVILAB DEL CARIBE S.A.S.	5,3%
INICA CENTRAL O.H.L. LTDA	5,3% (IIICY
NIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN	5,3%
ACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS	10%
A.S.	
MI S.A.S.	1%
NIDAD SAN FELIPE S.A.S.	1%

Con lo anterior, se estable un porcentaje de 100%, con la suma de la participación de cada uno de los miembros de la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS.

QUINTO: Esta decisión de incorporación a la UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS para todos los fines será regido, interpretado y exigible de conformidad con la normatividad vigente en Colombia.



ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO.



SEXTO: Que con fundamento en el Estatuto Tributario se procederá a realizar las actualizaciones que correspondan, en el marco de las obligaciones establecidas en la normatividad vigente.

Para constancia de lo cual, se suscribe, en la ciudad de Montería a los (11) días del no de febrero del año dos mil veintiunos (2021).

Por:

ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA

CC. No. 50.923.374
Representante Legal Principal
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Aceptación de términos de los miembros incorporados;

SHIRLY SIMANCA QUESADA

CC. No.45.477.810 Representante Legal

CAMI S.A.S.

MARIA AUXILIADORA POLO MARTINEZ

CC. No. 49.716.508 Representante Legal

UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.







# DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOÇUMENTO PRIVADO. Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, República de Colombia, el doce (12) de febrero de dós qui veintiuno (2021), en la Notaría Tercera (3) del Círculo de Montería, compareció: SHIRLY SIMANCAS QUESADA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 45477810 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Thirty Justans



0vmnk0w7ymo1 12/02/2021 - 10:36:34



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se vincula al documento de DOCUMENTO signado por el compareciente, en el que aparecen como partes SHIRLY SIMANCAS.

#### LUCY YANETH ARROYO PANTOJA

Notario Tercera (3) del Círculo de Montería, Departamento de Córdoba - Encargado

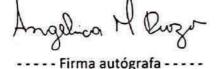
Consulte este documento en www.notariasegura.com.co Número Único de Transacción: 0vmnk0w7ymo1

## DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



881186

la ciudad de Montería, Departamento de Córdoba, República de Colombia, el trece (13) de febrero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Montería, compareció: ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIAZA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 50923374 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.









Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.



JOSÉ FABIO CIFUENTES LEÓN

Notario Primera (1) del Círculo de Montería, Departamento de Córdoba

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co Número Único de Transacción: xvzx418x4mde

Acta 1

# DILIGENCIA DE RECO

# Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



884700

En la ciudad de Montetia, Departamento de Córdoba, República de Colombia, el trece (13) de febrero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Primera (1) del Círculo de Montería, compareció: MARIA AUXILIADORA POLO MARTINEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 49716508 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

Your A/6W

Firma autógrafa - -

e3mr8x4npzkx 13/02/2021 - 10:18:41



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil



Notario Primera (1) del Círculo de Montería, Departamento de Córdoba

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co Número Único de Transacción: e3mr8x4npzkx

Acta 1

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

CARDIOLOGIA

Factura Electronica de Venta ONCF105542 Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 10.JUL.2021 11:3 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 10.JUL.2021 11:32 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 9.AGO.2021 Teléfono: Cubre Desde: 18.JUN.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 18, JUN. 2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: Código ERP: No. Admisión: 0100546359 Paciente: CEBALLOS CARVAJAL CARMEN EMILIA Teléfono: 321 204 2404 No. Doc.: 22007195 Tipo Doc.: CC No. Poliza: Dirección: -- ZARAGOZA No. Autorización: 3694547 Médico: 0 Valor Total Descripción Código Area Funcional: 12 CARDIOLOGIA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 32,300.00 Subtotal Area >>> 32,300.00 32,300.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.000.00VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 32,300.00 TOTAL 32,300.00 La presente factura electrònica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artícuto 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Afiliado: oncomedica s.a. Firma Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prelijo ONCF del 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

COPIA 3

Forma de Pago: Credito

12

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:8c979f91e3b0ad070f6f40cc7f0aa9e330bb82068761fbffc6a

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3694547

Fecha: 31/05/2021

Hora: 16:32:12

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA (	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ▼ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C □ Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	ARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALFA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
CEBALLOS CARVAJAL	CARMEN EMILIA
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2dr Fautice
Tipo Documento de Identificación	22007195
	a de Extranjería No Documento de Identificación E dad
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación	19/08/1944 SUPRIOR TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MOLAHDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual ZARAGOZA	Tel/ in
Departamento ANTIOQUIA	05 Municipio ZARAGOZA . 895
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIO	OS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio	Care
Urgencias	
Mimejo Integral Según Guia de: Cédligo CUPS Cantidad Descripción	
895100 CUPS Cantidad Descripción ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPE	REICIE SOD
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-05-24 Hora: 19.3.5
PAGOS	COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent	idad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pre [ ]
Recaudo del prestador Concepto <u>Valor en pe</u>	<del></del>
☐ Guota Moderadora	
	0.00 €
Cuota de Recuperación Otro	
	A PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ROSA EVEY RENGIFO ZEMANATE	
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM 24/05/2021	
• .	

Parmon Ceballos
Firma del Paciente 22007195

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 R 61 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 3/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

CARDIOLOGIA

#### Factura Electronica de Venta ONCF109179

Cód. Habilitación: 230010094901 Numbre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 29.JUL.2021 14:3 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 29.JUL,2021 14:38 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:28,AGO:2021 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 22.JUL.2021 Hasta: 22.JUL.2021 No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Otro Código ERP: Responsable: Paciente: BARRIOS LLORENTE PERLA DEL MAR No. Admisión: 0100554104 No. Doc.: 1037480987 Tipo Doc.: TI Teléfono: 320 609 8159 Dirección: CALLE 16 CRA 22 BARRIO VIKINGO - SAN JUAN DE URABA No. Poliza: Médico: 0 No. Autorización: 43582 Código Descripción Valor Total Area Funcional: CARDIOLOGIA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 405,900,00 Subtotal Area >>> 405,900.00 VALOR SERVICIOS: 405,900.00 VALOR COPAGOS: 0.00VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 405.900.00 TOTAL CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* CUFE:1147c74c29bff4465eb71c2ca55f0126b317b15e0dedea265ece65 405.900.00 La presente factura efectrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta el recibir, confesar la deuda y FOCO F Afiliado: Vendedor Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TF#IKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

**GMOLINAC** 

Clintos

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de autor	rización		43582		Fecha:	22/08/2021		09:02:50 a. m.	
Entidad responsable del p	ago:		ASC	CIACION INDIGEN	A DEL CAUC	A EPS-I	60011 763	Nit: 8170	003166
				INFORMACION	DEL PREST	ADOR		· <del></del>	
Nombre Codigo	ļ <u> </u>					RAL SUMEICOL I			
Departamento	<del> </del>	ANT	IOQUIA	Direction		# 10 A - 36 B/LAUR			
o opariamento	1	ANI	OQOIA		Municipio EL PACIENTE	<del></del>	[AN]	U#N	
Apellio	lo 1	1	Apell		EC PACIENTE	Nombre 1	<del></del>	Nombre 2	
BARR		1	LLOR			<del></del>		·-·	
27374		.i		CIALC		PERLA		OEL MAR	ı
Tipo De Identificación:							<del> </del>	<del></del>	
								·	· ·
TIPO DE IDE	ENTIFICACION		NUMERO	DE DOCUMENTO D	E IOENTIDAD	FECHA DE	NACIMIE :	EDAD	
TARJETA D	E IDENTIDAD			1037480987			3/2011	10 AÑOS 3 MESES 18	014.0
				12027 400307				TO ANOS 3 MESES 18	UIAS
Dirección de residencia	Habitual	SAN JUA	N DE UR	ABA Depa	rlamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN DE URAI	BA
Ublicación del paciente al r	nomento de la so	licitud do I	a autoriza		AUTORIZADO	·S:	<del></del>		
- Parising the	noniono de la au	IIVIIOU GA I	a autoriza	icion	<del></del>	. *	<del></del>	·	
X Consulta externa		Hospitaliza	ación	Servicio			<u> </u>	Сата	
Urgencias							,	· L	
Manejo integral según gula de	<b>»</b> :								
<u> </u>	Cantidad Des	cripción						·	
881202	1	renperon.	<del></del> -	FCOCAR	DIOGRAMAT	RANSTORACICO	<del>-</del>	Especial	
<del></del>				<u> </u>	DICONAINA I	MANS TO MANAGED		<u> IMAGE</u>	<u>:N</u>
				·		<u></u>			
<u> </u>					-		<del></del> - · · · .		
<del></del>	11	<del></del>	<del></del> -	<del></del>					
Numero de solic	llud de origen	1	echa	22/06/20	21	Hora	(9.07	50 a. m.	
	• 1			<u> </u>					
······································	·-·			PAGOS CO	MPARTIDOS				
Porcental	e del valor de los	servicios o	de esta au	torización a pagar	nor la entidad	responsable dal	200 %		
		···-	•			responses dell	<del>2290 /3</del>		
Recaudo del prestador	<u></u>	Concept	_	Valor en pesos	_	Porcentaje		Valor máximo (tope) e	en peso:
		Cuola mod	- ⊢		<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			•
4	×	Cope	· -		-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	j		
	$\vdash$	cuola de recu otro	· -		-		!		
				J	L	<del></del>	I i.		
Iorobra da auta auta i	INFORM	ACION DE	LA PERS	ONA DE LA ENTID	AD RESPON:	ABLE DEL PAGO	QUE AUTOR TO		
lombre de quien autoriza argo o actividad	·	ALIMATA		DO ESPITIA M			Teleiono.	8212086	
Observaciones :	<del></del>	AUXIEM	K DE ATE	NCION AL COMUN	ERO -		Telefono calular		
	INFORM	ACION DE	LAPERS	ONA DE LA IPS RE	CERTORA OL	E ACEPTA RECIE	RIP EL DAMENTO		
lombre de quien autoriza	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					- AGE TA NEGIE	Talaiono	<del> </del>	
argo o actividad	<u> </u>						Teletono catular	<del></del>	
		Feta orden	de sonda	do es única e intrar	-51611-				
	•	Cold Glaci	i de sei fil Si	ao es onica e initat Gjeto auditoria med	isierible solo Ica (Malidez 9	Valida en la IPS au Matach	itoriza (15		
1					·~~ If + althor 2	o diasji		•	
et i i i i i	<del></del> .								
Firma del Paciente	•						er k		
					ENOS	20 pol	C/		
					C4139	89200	<b>Q</b>		
			,		1	v ) ) 1	!)		

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No sómos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

QUIMIOTERAPIA

Factura Electronica de Venta ONCF111932

Cód, Habilitación: 230010094901

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Fecha Generación:12.AGO:2021 12:32 Fecha Validación:12.AGO,2021 12:33

Fecha Vencimiento: 11.SEP.2021

Cubre Desde: 15.JUL.2021

Hasla: 15.JUL.2021

No. Admisión: 0100552863

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: Ti

Teléfono: 3117047996

No. Poliza:

No. Autorización: 408

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Código Area Funcional: Descripción 02

QUIMIOTERAPIA

MEDICAMENTOS POS

1,047,872.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 1,047,872.00 1.047.872.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 1,047,872,00

TOTAL

UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

1.047,872.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Se hace constar que la KA a d

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:dd2c6b0ac8c1b980e26578e035768b11b6e58566c56d96da9a77dc



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS MONTERIA - CORDOBA

07/07/2021 Fecha Orden

03:06:04 PM ·

Orden de Servicios No.

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 07/08/2007 Edad: 13 años, 11 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA 524 MODALIDAD EVENTO Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICHETH

Usuario; CC

CRA 6372-34 EDIFICIO IMAT Teléfono: 7844344 ONCOMEDICA SA

Total Servicios:

1.047.872

26

MERCAPTOPURINA SOMG TABLETA MEDICAMENTO POS L01BM009011

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

Contrato:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

Quien Autoriza

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

CARDIOLOGIA

Factura Electronica de Venta ONCF112901 Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:17.AGO:2021 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:17.AGO.2021 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 16.SEP.2021 Teléfono: Cubre Desde: 30.JUL.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 30.JUL.2021 Tipo Contrato: Evento Otro No. Contrato: Responsable: Código ERP: No. Admisión: 0100556402 Paciente: REYES PEÑA MANUEL CRISTOBAL Teléfono: 304 551 5729 Tipo Doc.: CC No. Doc.: 8425477 No. Poliza: Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES No. / atorización: 547 Médico: 0 Valor Total Código Descripción Area Funcional: CARDIOLOGIA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 32,300.00 Sলbtotal Area >>> 32,300.00 32,300.00 VALOR SERVICIO 0.00 VALOR COPAGO 3: 0.00 VALOR PAGO COMPARTID [] 0.00 VALOR DESCUENTS: 32,300.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL 32,300.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera salisfacción.

Nit. 312/16/18.194-8 Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica thian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del

Se hace constar que la firma distinta al comp

recibir, confeser la deuda y objetto

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Afiliado:

Forma de Pago: Credito

Medic de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias

F/

R

(\$;0)a está autorizada para firmar y

CUFE;1e270f6e8d6bf028810dc191656d63c32c81f0b149831512d3

Clintos



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autori	zación		547		Fecha:	29106	/2021	Hora	02	2;69 <del>;</del> 33 p. m.	
Enlidad responsable del pa		ASC	CIACION INDIGE	IN DEL CAUC	A EPS4	(	ODIGO EPS	03	NIL: 8170	00166	
				INFORMACIO							
Monibre	<u> </u>		<b></b>			EUMEICOL		12270			
Codigo		ALLT	2003114	Direccion	···	N° 10A-36 B/I	LAUNELES	Teléfona:	ET CE		
Departamento	L	VMI	AIUDO	DATOS	Municipio DEL PACIENTI	<u> </u>		ARBO	E1123		
4 - 104		<del></del>	61		JEL PAUISNII T	Nombre 1			Nombre 2	<del></del>	
Apeliido				lido 2	1						
REYE	S		PE	NA		MANUEL		<u> </u>	CRISTOBAL		
1											
Tipo De Identificación:					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
<u></u>	•			<del></del>	· · · · · ·						
TIPO DE IDEI	TIPO DE IDENTIFICACION				E IDENTIDAD	FECHA	A DE NACIMI	ENTO		EDAD	
CÉDULA DE	CIUDADANÍA			8425477			5/01/1953		68 AÑOS	6 MESES 24	DIAS
Dirección de residencia I	Habilua!	VEREC	A GALLE	EA Depi	arlamento	ANTIO	IQUIA	Municipio	A	RBOLÉTES	
<u> </u>				0501/(0100	1117001710						
t listen of the shall report to the same	amanta da ta	anticitus de 3	a autoriza		AUTORIZADO	79:					
Ubicación del paciente al m	omento de ra	SUICHOU DE	a ausoreza	relots							
Consulta externa	Hospitalizació	in		Servicio					Cama	•	
Urgenclas										<del>, </del>	
Manejo integral según gula de:											
	<u>Cantidad</u>	<u>Descripción</u>								<u>Especiali</u>	
<u>898100</u>			E	LECTROCARDIO	RAMA DE RII	MO Q DE SU	PERFICIE S	<u>00</u>		<u>IMÁGEN</u>	ES
						<u> </u>					
		_		<del></del>							
Numero de solidi	ud de origen	1	Fecha	29/06/20	)21		Hore	02;56;:	13 p. m.		
						•					
				PAGOS C	OMPARTIDOS	<b>:</b>					
						<u> </u>					
Porcentaje	del valor de	los servicios	de esta at	itorización a pagai	por la entidad	1 responsable	e del pago %				
Recaudo del prestador		Concep	10	Valor on pasos		Porcei	afete		Valor m	áximo (tope) s	nesos
Vergetto del brestado.	Г	Cools mod	_	Autor ou bosos	ΙΓ	1 01001	1111111	٠ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ		1	<b>p</b> 2000
	ŀ	χ Сорз	- h					ľ			
		cuota da rec	uperacion								
			, [					L.			
·				Single and I distribute	n th account	naol et nett	naco olici	LINEADITA			
11tdT	IMFO	DRMAGION D		SONA DE LA ENTI O DE AGUSTIN	UAURESPUN	SAGLEDEL	PAGO QUE I	Telefono:			
Nombre de quien autoriza Cargo o actividad	<del>-</del>	AUXUV		ENCION AL COMU	NERO		Tek	fono celular	3:	07362145	
Observaciones:		71D/IICE	D. D. D. T.				<u></u>				
	INFO	RMACION DE	LA PERS	ONA DE LA IPS R	EÇEPTORA Q	UE ACEPTA	RECIBIR EL	PACIENTE			
Nombre de quien autoriza				·				Tefefono:			
Cargo o actividad							Tete	lone celular			
		tala aats		lako en skulan miluka.	unifoillita aafe	ا جا سم والالدين	HÍÝ Autodza:	15			
		ES(A Ofde	ti de setvi	lejo es única e intra Alfato auditeria me	materinie 6010 dica Malidos	r valeta (fil lä l 90. Maell.	n o antoniali				
				angular annualement fleo	tf condate					•	1
				-							1
Finna del Paciente											- 1
	• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	en e	#1525 ET2542 # TWO			K		No			

Editus Oreses 6 32766459 40 fine

Oncomedica S.A. Nû: 812007194 CR 69 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CARDIOLOGIA
O SOMOS GRAMDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 3/01/2020

NO SOMOS GRAMDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 3/01/2020 No somos autorretenedores No estamos Exentos de retençión en la fuente...

## Factura Electronica de Venta ONCF114870

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - N	Fecha Generación:28.AGO.2021 11:30 Fecha Validación:28.AGO.2021 11:31 Fecha Vencimiento: 27.SEP.2021	
Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Cubre Desde: 6.AGO.2021 Hasta: 6.AGO.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento Otro	Responsable:
Paciente: MORA CALDERIN PRISCILA VENTUR/ No. Doc.: 42651547 Tipo Doc.: CC Dirección: BARRIO DEPORTIVO - ARBOLETES Médico: 0	Teléfono: 313 776 4435.	No. Admisión: 0100558242 No. Poliza: Autorización: 506
Código Descripción		Valor Total
Area Funcional: 12 CARDIOLOGIA		
03 CONSULTA MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
	Subte	tal Area >>> 405,900.00
	VALOR SERVICIOS:	405,900.00
	VALOR COPAGOS:	. 0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
•	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	405,900.00
TOTAL	CON CERO CENTAVOS **** **** **** **** ****	405,900.00
CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS	***** **** **	403,800.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimi servicios a entera satisfacción.	ila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de FACTURACIÓN UT	2008) - RICON retante declara haber recibido los
Afiliado:  Vendedor:  I N S T E N O	Se hace conster que la firma distinta al dippy de recibir, confesar la deuda y obliga el unimala de RECIBE:	epone (Til diera persona está autorizada para firmar y Referencia (Acepto esta factura)
Firma <b>NH. 812.</b> [[]]	<u>†4-8</u>	irma
Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dial consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológ 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767	n N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021.Vig gico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Soft	dencia 24 meses, Prefijo ONCF del tware: TFHKA_CO900390126 SoftwareID:

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo; 30 Días

CUFE:716a97b076d0155d3c86609277d5c08c8faeaba4263a519a8a03a12ecfe8df879551b1a61ee4114af85def890c05ac

144870



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

`∛′

Numero de autori	waalan	<u> </u>		I		T		<del></del>	
Entidad responsable del pa			506		Fecha:	16/06/2021	Hora	11	1:42:34 a. m.
muttag Leahotiaante dei ba	go:		ASC	CIACION INDIGEN	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		CODIGO EPS	103	Nit: 817003166
Nombre	<del></del>			INFORMACIO					
Codigo				Direction		SUMEICOL	- I		
Departamento		ANT	IOQUIA	Director	Municipio	N' 10A-36 B/ LAURELE:		<u> </u>	3137764435
	<del></del>			DATOS D	EL PACIENTE	<u> </u>	ARBO	TELES	<del></del>
Apellido	1	ŀ	Apel		1	Nombre 1		Nombre 2	<del></del>
MOR/	· ·		CALE	ERIN		PRISCILA			<del></del>
1	<u> </u>	i			<u>L</u>	FRISCILA		VENTURA	
Tipo De Identificación:	<del></del>		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			<del></del>			
				•		<u> </u>			<del>_</del>
TIPO DE IDEI	NTIFICACION		NUMERO	DE DOCUMENTO D	E IDENTIDAD	FECHA DE NAC	MUENTO		
CÉDULA DE									EOAD
CCDGDA DE	CIDOADANIA			42651547	<u> </u>	14/07/19	56	64 ANOS	11 MESES 2 DIAS
Dirección de residencia l	Habitual	BARRIO	DEPORT	NO Dens	rtamento	ANTIOQUIA	Municipio	1	RBOLETES
	<u> </u>				- Total Office	ATTIOGORE	Injurnciplo	^	NBOLETES
				SERVICIOS	AUTORIZADO	os:	<del></del>	· <del>· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·</del>	
Ubicación del paciente al m	omento de la sol	icilud de i	la autoriza	sción					
[]						·			
X Consulta externa	نـــا	Hospitaliza	ación	Servicio				Cama	
Urgencias					<b>-</b>				_
Manejo integral según guia de:	! 								
<u>Código cups</u>	Cantidad Des	cripción		•	· ·				<u>Especialidad</u>
<u>881232</u>	1			ECOCARDIO	GRAMA MODO	OM Y BIDIMENSIONA	<u> </u>		<u>IMAGEN</u>
·	· · · · · ·			<u> </u>		<u> </u>		<del></del>	
							<del></del>		I
Numero de solicit	ud de origen	1	Fecha	16/06/20	)21	Hora	11:42:	:34 а. т.	
		<del></del>							
				PAGOS C	OMPARTIDOS	<del></del>			
Porcentais	del valor de los	servicios	de esta a	utorización a pagar	nor la entida	d responsable del pag	0 %		
1 010011101		20(110100			por 14 cm	- 144p4(1242.4 43. pag			<b></b>
Recaudo del prestador		Concep	to	Valor en pesos		Porcentaje		Valor m	ráximo (tope) en pesos
		. Cuota mo	- 1				!		
	×	Сорг	· .		}	· · · · ·			
		cuota de rec otr	·		}		<del>- </del>		
	( <u> </u>	Vu.	. 1		i (	· -·		i <del></del>	
	INFOR	MACION D	E LA PER	SONA DE LA ENTI	DAD RESPON	ISABLE DEL PAGO Q			
Nombre de quien autoriza				O DE AGUSTIN			Telefono:		
Cargo o actividad		AUXILU	AR DE AT	ENCION AL COMU	NERO		Telefono celular	3	107362145
Observaciones:	WEODA	IACION DE	ELA DED	CONTA DE LA IDE O	CCCDYCOA C	UE ACEPTA RECIBIR	EL DACIENTE	-	· · · · · ·
Nombre de quien autoriza	INFORM	ACION DI	E LA PER	SUNA DE LA IPS A	ECEPTORAC	OE ACEP IA REGIBIO	Telefono:		
Cargo o actividad							Telefono celular		
- Priscilon	* Priscilo mora								
$\dot{\rho}$ .	Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada sujeto auditoria medica [[Validez 90 días]]								
Co				sujeto auditoria me	idica [[Validez	: 90 dlas])			
WZAFIE	10£								
Firma del Paciente	97								

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

# Factura Electronica de Venta ONCF116050

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Nombre Cliente: Ut Identificación: NI Dirección: CL Teléfono:	T 90141836	Fecha Va	eración:31.AGO.2021 16:04 lidación:31.AGO.2021 16:08 imlento: 30.SEP.2021				
E-Mail: uts	umeicol.aice	psi2020@gmail.com				Cubre	Desde:27.MAR.2021
No. Contrato: Código ERP:			Tipo Contrato:Evento	•	Otro	Pagnangahla: LiNION T	Hasta: 3.ABR.2021 EMPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: BAILA	RIN DOMIC	OLUNEIRA				<u> </u>	Admisión: 0100528262
No. Doc.: 104038	35265	Tipo Doc.: I	RC	Teléfono;	3208361871		
Dirección: VEREL Médico: SANDE		CHIGORODO IEGRETE CONTREF	RAS			No. Poliza: No. Autorización:	1015
Código	Descripció						Valor Total
Area Functional:	68	UCI PEDIATRIC	CA PISO 3 T2				
02	IMAGENO	LOGIA Y RADIOLOG	iiA				81,845.00
( 13	SERVICIO	S DE APOYO EN LA	A ATENCION DE SALUI	)			2,105,600.00
14	MATERIAL	ES E INSUMOS				•	793,929.00
15	MEDICAM	ENTOS POS					953,938.00
19	LABORATO	ORIO CLINICO					118,950.00
21	GASES ME	EDICINALES	•				305,844.00
						Subtotal Area >>>	4,360,106.00
Area Functional:	69	UCI PEDIATRIC	O INTERMEDIOS PISC	4 T2			
14	MATERIAL	.es e insumos					81,845.00 2,105,600.00 793,929.00 953,938.00 118,950.00 305,844.00 4,360,106.00
							0,0.77.00
						Subtotal Area >>>	8,544.00
Area Functional:	73	HOSPITALIZAC	ION PISO 4 T2			*	
03	CONSULTA	A MONITORIZACION	LY PROCEDIMIENTOS	DIAGNOS	TICOS		8,544.00 195,970.00 113,200.00 651,300.00 375,631.00 1,157,679.00
07	DESEMPE	ÑO FUNCIONAL Y R	EHABILITACION				113,200.00
13	SERVICIO	S DE APOYO EN LA	ATENCION DE SALUE	)			651,300.00
. 14	MATERIAL	ES E INSUMOS					375,631.00
15	MEDICAME	ENTOS POS					1,157,679.00
						Subtotal Area >>>	2,493,780.00
Area Funcional:	75	HOSPITALIZAC	ION PISO 4 T1				
19	LABORATO	ORIO CLINICO					180,800.00
							100,000.00
			<del></del>			Subtotal Area >>>	180,800.00
				VALC	R SERVICI	OS:	7,043,230.00 0.00
				VAL	OR COPAG	OS:	0.00
•			VALOF		COMPARTI		0.00
					DESCUEN		0.00
			VA		TAL FACTU		7,043,230.00
			Lange I manage in the lange				,,

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 <u>No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente</u>

## Factura Electronica de Venta ONCF116050

FET CHROCA SUCCESS SCALET

	AND THE PROPERTY OF
2 A T	1.00
يريون	11.11.00
2.2.2.2.2	(P) 1942 by 24 (24)
-XX (6)	
±101 92:	33 <b>3 (19)</b> (19) (19)
<b>7</b>	
	and the color of t
<b>THE X</b>	EN SELVENTERS
<b>3</b> 900	ふこうりしわれ
<u>~~~</u> 1	transcription

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:31.AGO.2021 16:04 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:31.AGO.2021 16:08 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021 Teléfono: Cubre Desde:27.MAR.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 3.ABR.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100528262 Paciente: BAILARIN DOMICO LUNEIRA Teléfono: 3208361871 No. Doc.: 1040385265 Tipo Doc.: RC Dirección: VEREDA POLINE - CHIGORODO No. Poliza: No. Autorización: 1015 Médico: SANDRA MILENA NEGRETE CONTRERAS Valor Total Descripción Código TOTAL SIETE MILLONES CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CENTAVOS 7,043,230.00 resente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los vicios a entera satisfacción. Se hace constar of heliv dicha persona està autorizada para firmar y Vendedor: Afiliado: rforme la mercancia. Acepto esta factura His. 812.00F.irma once Firma Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:e86f271e9835048111333a4a8bebd3f09d51f4b13dd19815fc4b166ba03352d9d265ef59259b7670af



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Lecha Orden 31/03/2021 U3:02:34 p. m.

Usuario: - RC 1040385265 BAILARIN DOMICO LUNEIRA

Orden de Servicios No

1015

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

01/10/2020 Edad: 0 años. 10 mmes y 30 días

Nft 817001773-3 CALLE 1 № 4-50 Teléfono 23996

Preslador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.:

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

WERN TO THE THE PROPERTY OF TH

ESTANCIAS

INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

Quien Autoriza

Firma Realizó

Firmo Cardenie



Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 26/03/2021 02:46:55 p. m.

Usuario: RC 1040385265 BAILARIN DOMICO LUNEIRA

Orden de Servicios No.

1014

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

01/10/2020 Edad: 0 años, 16 mesos y 30 días

Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Telefono 23996

Contrato: Presiddor del Servicio

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. [MAT Teléfono: 7854344

no allegiti i lyddai ac

ESTANCIAS

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firmer E. c. Jenje



Teléfono:

No. Contrato:

Código ERP:

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmall.com

Identificación: NIT 901418364-1

Cód. Habilitación: 230010094901

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

#### **HOSPITALIZACION PISO 3 T1**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Otro

Factura Electronica de Venta ONCF116088

Fecha Generación:31.AGO,2021 16:43 Fecha Validación:31.AGO.2021 16:44

Fecha Vencimiento: 30,SEP,2021

Cubre Desde:20.MAR.2021 Hasta:30.MAR.2021

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: CAÑA LUCAS RAFAEL No. Admisión: 0100526869

No. Doc.: 1001532404 Tipo Doc.: CC Teléfono: 3506974226

Tipo Contrato:Evento

	·	To: Hatelite appears to the second se	To: Hatchied to:			
Código	Descripción		Valor Total			
Area Funcional:	07 URGENCIAS					
			:			
03	CONSULTA MONITORIZACION	Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	79,200.00			
14	MATERIALES E INSUMOS		24,695.00			
15	MEDICAMENTOS POS		329,731.00			
26	RESONANCIA		5,076,900.00			
		Subtotal Area >>>	5,510,526.00			
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA					
14	MATERIALES E INSUMOS	•	0.045.00			
	·		2,245.00			
15	MEDICAMENTOS POS		659,669.00			

	ARTURO ME	ICLATURA BARRIO EL F RCADO PEREZ	PARAISO - CAUCASIA	No. Poliza: No. Autorización: 1022	
Código	Descripcio		70		Valor Total
Area Funcional:	07	URGENCIAS			
03	CONSULT	TA MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		79,200.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS			24,695.00
. 15	MEDICAN	MENTOS POS			329,731.00
26	RESONA	NCIA			5,076,900.00
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Subtotal Area >>>	5,510,526.00
Area Funcional:	08	IMAGENOLOGIA	- 100.4		
14	MATERIA	LES E INSUMOS		•	2,245.00
15	MEDICAM	IENTOS POS			659,669.00
				Subtotal Area >>>	661,914.00
rea Funcional:	74	HOSPITALIZACION	PISO 3 T1		
02	IMAGENO	LOGIA Y RADIOLOGIA			47,200.00
03	CONSULT	A MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		690,482.00
13	SERVICIO	S DE APOYO EN LA AT	TENCION DE SALUD		1,626,000.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS			549,696.00
15	MEDICAM	ENTOS POS			1,502,192.00
19	LABORAT	ORIO CLINICO			186,800.00
	TOMOGRA	AFIAS COMPUTARIZADA	AS		451,400.00
27					

 Subtotal Area >>>	5,206,770.00
VALOR SERVICIOS:	11,379,210.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	11,379,210.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# HOSPITALIZACION PISO 3 T1

#### Factura Electronica de Venta ONCF116088

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación:31.AGO.2021 16:43 Fecha Validación:31.AGO.2021 16:44

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde:20.MAR.2021

Hasta:30.MAR.2021

No. Admisión: 0100526869

Paciente: CAÑA LUCAS RAFAEL

No. Doc.: 1001532404 Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO EL PARAISO - CAUCASIA

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3506974226

No. Poliza:

No. Autorización: 1022

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Código TOTĂL

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ Descripción

ONCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*

11,379,210.00

Valor Total

: presente factura electrónica de venta de compraventa se asímila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los

Afiliado:

one que dicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinta at comprador suprecibir, confesar la deuda y obligar a

Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/38/03/704/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwaretD: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrônica

Plazo: 30 Días

CUFE:75e015d03bf0b99ed99ced28729ec940c9858292420e46678a6a173cc2b7291563f75f0629d342597fc8d



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 19/03/2021 03:41:21 p.m.

Usuario: CC 1001532404 CARA LUCAS RAFAEL

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No.

1022

21/09/2000 Edad: 20 años, 11 meses y 10 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Presiador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA & # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

06 ESTANCIAS

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 24/03/2021 04:10:12 p. m.

Usuario: CC 1001532404 CARA LUCAS RAFAEL

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

1026

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: **524 MODALIDAD EVENTO** 

21/09/2000 Edad: 20 años, 11 meses y 10 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

. CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 883101

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO

883231

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE

Total Servicios:

Quien Autoriza



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

24/03/2021 04:07:51 p.m.

Fecha Orden

Usuario: CC 1001532404 CAPA LUCAS RAFAEL

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: **524 MODALIDAD EVENTO**  Orden de Servicios No.

Total Servicios:

1025

21/09/2000 Edad: 20 años, 11 meses y 10 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Presiador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Telétono:

Quien Autoriza

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

HONORARIOS 998702

soporte para sedación para consulta o apoyo diagnóstico

222,600.00

222,600.00

222,600.00

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No.	Solicitud	:

23/03/2021

Hora:

14:39

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Teléfono:

7854344

UNION TEMPORAL SUME(COL IPS

Entidad a la que se informa (Pagador):

Código:

0100526889

SOLICITANTE

No, ^⊴misión : Nombre

Fecha de nacimiento : 21/09/2000

Tipo documento:

RAFAEL CAÑA LUCAS

CC

Número:

1001532404 NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO EL PARAISO

Teléfono: 3506974226

Dirección :

Dpto:

(05) ANTIQQUIA

Zona:

Clase Afiliación:

NV

Cludad: (154) CAUCASIA

U

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ublication:

Localidad:

HOSPITALIZACION

Código CUPS

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de Prioridad Atención:

Cantidad

Descripción servicio

10A004

Cama ;

10

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Justificación clinica

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS DÍAS 21 AL 30 DE MARZO DE 2021, ADJUNTO SOPORTES

Dx. Principal;

R51X

CEFALEA

Dx. Relacionado 1:

Dx. Relacionado 2 :

Dx. Relacionado 3:

Solicita:

**NBOLANOC** 

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono:

7848997

Celular:

3215397098

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambiente No Imprima este correo sino es necesario.

Juan Guillermo Berrio Guzman Asistente De Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD DE RAFAEL CAÑA 44,0 KB LUCAS.pdf
EVOLUCION DE RAFAEL CAÑA LUCAS.PDF 1,6 MB

Asunto: Fwd: Fwd: ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA - RAFAEL CAÑA LUCAS (ESTANCIAS DEL 21 AL 30 DE MARZO DE 2021)

De: Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 31/08/2021, 03:33 p. m.

Para: SIAU SUMEICOL - AIC NUEVO < siau.utsumeicol@gmail.com >, SUMEICOL - AIC AUT

NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

CC: UCI <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>

**PSC** 

----- Mensaje reenviado -----

Asunto: Fwd: ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA - RAFAEL CAÑA LUCAS (ESTANCIAS DEL 21 AL 30 DE MARZO DE 2021)

Fecha:Tue, 25 May 2021 11:46:34 -0500

De:Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Para:SIAU SUMEICOL -AIC NUEVO <siau.utsumeicol@gmail.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>

Buenas

Envio para su colaboración y pronta respuesta

----- Mensaje reenviado -----

Asunto: Fwd: ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA - RAFAEL CAÑA LUCAS (ESTANCIAS DEL 21 AL 30 DE MARZO DE 2021)

Fecha:Wed, 5 May 2021 10:36:41 -0500

De:Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: AIC <autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>, SUMEICO AUDITORIA AIC <a href="mailto:sum-renciaaicmonteria@gmail.com">comcurrenciaaicmonteria@gmail.com</a>

**Buenas** 

Envio para su colaboracion y pronta respuesta



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



econstante. C	cód. Habilitación: 230010094901	Factura Electronica	de Venta ONCF116150	
	NON TEMPORAL SUMEICO			31.AGO.2021 17:30
(dentificación: N/		ES HOUTEN CORPORA	Fecha Validación:	31.AGO,2021 17:37
Dirección: CL Teléfono:	42 10 A 36 BRR LOS LAURELI	ES - MONTERIA - CORDOBA	Fecha Vencimiento:	30.SEP.2021
,	umelcol.aicepsi2020@gmail.cor	m	Cubre Desde:	
No. Contrato:		Tipo Contrato:Evento Otro	Hasta:	26.JUN.2021
Código ERP.			Responsable:UNION TEMPOR	AL SUMEICOL IPS
	RO SERPA KAREN LICETH			ión: 0100538282
No. Doc.: 104049	19859 Tipo Doc.: ENE NOMENCLATURA BARRIO	TI Teléfono: 311704799 DPIEDRA PLANA - EL BAGRE	96 No. Poliza:	ģ
	JAVIER MOLINA MORALES		No. Autorización: 194	
Código	Descripción			Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERA	APIA		j
14	MATERIALES E INSUMOS			88,273.00
15	MEDICAMENTOS POS		•	5,757,825.00
(				0,107,020.00
		<del></del> ··	Subtotal Area >>>	5,846,098.00
Area Funcional:	09 HOSPITALIZA	ACION PISO 2 T1		
				\$8,273.00 5,757,825.00 5,846,098.00 55,100.00 1,106,770.00 10,078,600.00 5,798,500.00 11,134,099.00 7,910,744.00 842,550.00 231,700.00 707,400.00 37,865,463.00
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLO	OGIA		55,100.00
03	CONSULTA MONITORIZACIO	ON Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		1,106,770.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MED	DICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRI	E	10,078,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN	LA ATENCION DE SALUD		5,798,500.00
14	MATERIALES E INSUMOS			11,134,099.00
15	MEDICAMENTOS POS			7,910,744.00
19	LABORATORIO CLINICO			842,550.00
31	ECOGRAFIAS			231,700.00 ह
99	QUIMIOTERAPIA			707,400.00
	48 0/84018		Subtotal Area >>>	37,865,463.00
Area Funcional:	16 CIRUGIA			Š
( 01	CIRUGIAS GENERALES			72,000.00 8
15	MEDICAMENTOS POS			99.915.00 a
				1-1-1
			Subtotal Area >>>	131,915.00
Area Funcional:	73 HOSPITALIZA	ACION PISO 4 T2		
				4
03		ON Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	_	846,070.00
05		MCINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRI	E	131,915.00 846,070.00 83,900.00 4,378,600.00 618,823.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN	LA ATENCION DE SALUD		4,378,600.00
14	MATERIALES E INSUMOS			618,823.00
. 15	MEDICAMENTOS POS		•	1,270,862.00
19	LABORATORIO CLINICO			795,450.00
			Subtotal Area >>>	7,993,705.00
Area Functional;	74 HOSPITALIZA	ACION PISO 3 T1		1,000,100.00
14	MATERIALES E INSUMOS			100,000.00
			Subtotal Area >>>	100,000.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

Factura Electronica de Venta ONCF116150 Cód. Habilitación: 230010094901 Fecha Generación:31.AGO.2021 17:30 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Validación:31.AGO.2021 17:37 Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021 Teléfono: Cubre Desde:14.MAY.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 26.JUN.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100538282 Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH Tetéfono: 3117047996 No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI No. Poliza: Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE No. Autorización: 194 Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES Valor Total Descripción Código 51,937,181.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 51,937,181.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS CON CERO 51,937,181.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido fos servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta al 0 Afiliado: 'endedo: ecibir, confesar la deuda y e la mercancia. Acepto esta factura FIMELUZZARA Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Plazo: 30 Días Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

CUFE:564ffacdd1f00f21e04269c29003d049ef456c56a62e3425bd2dbfca19da5aa98

COPIA 3



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Teaha Orden

05/06/2021 05 09:27 p. m.

Usuario: 11 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

**Total Servicios:** 

1027

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad : 14 años, 0 mc es v 24 días Nil 817001773-3 CALLE I № 4-50 Tel-#fono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Telétono:

The Control of the Co

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

**ESTANCIAS** 10A002

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN BIPERSONAL

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Filma Realizó

**Firma** Poctente



Firma del Paciente

#### IIIIMOTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3702525

Fecha: 05/06/2021

Hora: 10 (63) 13

Րթակություն 1 de 1

NTIDAD RESPONSABLE DEL P	AGO ASOCIACION	INDIGENA DEI	L CAUCA		CODIGO EPSI	03	
FORMACION DEL PRESTADO	R (Autorizado)	,					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  C C □ Número							
Código 9014183641 Direcc	aón del Prestador CALLE 4	2 10A 36 BARI	RIO LOS LAU	JRELES	1		
eléfono 3137764435 Departame				Municipio	MONTERIA	<del></del> -	001 (17 1990)
Correo: utsumetcot.aicepsi2020@	gmail.cor Contrato: 524-20	21	RECUP	ERACION DE LA :	SALUD MEDIAN	AYAL1	COMPLEJIDAD
		DATOS D	EL PACIENT	E		<del></del>	7. 11550
ROMERO	SERPA		KAREN		LICETH		† ) * ** ¬ *****************************
1er Apellido	2do Apellido			1er Nombre		<b>2</b> dio 14 ii	า ทียร
Fipo Documento de Identificaci	ón			1040499859	, ,		
Registro Civil	□ Pasaporte	Cédula d	le Extranjería		e Idenlificación		of days
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adullo Sin Identificación							
Cédula de Ciudadania	Menor Sin Identificación			Fecha de Nacimie			IIO 10 TAL JOAN S <b>UBSIDIO</b>
Dirección de Residencia Habilual	LA SARDIMA				attlo		, <del></del>
AlUDOITAN ofnen popula	CA GARDINA		05	Barriolpio er is	AGRE	Teléloi	120 8 0 VC02
Teléfono Celular	. Correo E		/2	Manicho ELB	AGKE	₹ <b>₽</b> <del>₹₹</del> 539	250 . 1 . 1 . 1 . 1 . 1
	Colled E					· ·-	-+
Ubicación del paciente al momen			AUTORIZAD	JUS	<del></del>		···
☐ Consulta Externa ☑ Hospita ☐ Urgencias Manejo Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Dese	allzación Servicio <u>HOSPI</u>	ALIZACION			Espe	Cam i	
10A002 1 INTE	RNACION COMPLEJIDAD ALT	HABITACION B	PERSONAL		<del> </del>	<del></del>	
NUMERO DE SOLICITUD OF	RIGEN: 1	······································		Fecha: 2021-06-0	ns Ho	a; 10;5 :	
		PAGOS C	OMPARTIDO		05 110	2, 111,11	
°orcentaje del valor de los servici	ios de esta autorización a par	ar oor la enlida	ad responsabl	le del pago %	100		7
Semanas de afiliación del pactent				_			l
Recaudo del prestador Conc		Valor en pesa		Reclamo de fique Porcentaje (%)			tul e) en pesos
	Moderadora	Tuoi da pesi		Forcentaje (78)	7	VIII 15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	at at besos
Copa		0.	.00 €	0.00€			
	de Recuperación				]		
Otro					<u> </u>		
	INFORM		· ·	UE AUTORIZA	·		···+- · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Nomb de quien autoriza	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· ;-	Teléfono	·			
ONEIDA OMEN INCHIMA  Cargo o actividad: AUX AT COM					•		
Cargo o actividad: AUX AT COM	UNERO		Teléfona Ce	lular:		<del></del>	Na viscosis <del>as an</del>
FOM 05/06/2021	•						
	•		•	•			,
-				- •			<b> </b> .
<b>1</b>							
	<u> </u>	•					
	• '						
				nica e intransferible			
	<del></del>	Solo val	lida en la IPS a	utorizada			

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

Fecha: 10/06/2021

Bora: [F1:00:11

NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION IND	IGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10	
eléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	234 Municiplo MONTERIA )01 / 444
orreo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS DEL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Hembro
lipo Documento de Identificación	1040499859
Registro Civil Pasaporte	Cédula de Extranjeria No Documento de Identificación [arfat]
Tarjela de identidad Adulto Sin Identificación	07/08/2007 SURGIFIC TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Idenlificación	Fecha de Nacimiento MODAL SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Telèlop
Depa nento ANTIOQUIA	05 Municiplo EL BAGRE 050 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
Telélono Celular Correo Electr	rónico
	SERVICIOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorizacion	ón
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITAL	
Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción 10A001 1 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HA	Especialidad  ABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
·	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-06-10 Hora: 1910:
	PAGOS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar	
Semanas de affliación del paciente a la solicitud de la autorización	
	alor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (10111) en pesos
Coopera	0.00 € 0.00 €
☑ Copago ☐ Cuola de Recuperación ☐	0.00 4
Otro	
INFORMACI	ION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA
Nomb de quien autoriza	Teléfono
ONEIDA OMEN INCHIMA	
Cargo o actividad: AUX AT COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM 10/06/2021	
-	Tota and in de annual and de la contraction of the
	Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada
Firma del Paciente SID	ETO AUDITORIA MEDICA < <validez 90="" dias="">&gt;</validez>

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3715891

Fecha: 17/06/2021

Hora: 11.05d63

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DE	EL CAUCA CODIGO EPSI03
NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [2] participat
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418384 C C ☐ Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAF	
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 户 Municipio MONTERIA 001 存储性
Correp: 'ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1040499859
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
☑ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	The booking to receive the second
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	77/08/2007 SUBSIDIO Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Teléforo
Don't souls tatting of the	
Teléfono Celular Correo Electrónico.	05 Municipio EL BAGRE 150 150
Control Electronicity	S AUTORIZADOS
	O NOTONIZADUO
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Urgencias	Сана
Mancjo Integral Según Gula de:	
Código CUPS Cantidad Descripción  10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN	Especialidad
	UMPERSUNAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-06-17 Hora: 110
	COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entic	dad responsable del pago % 100
	Reclamo de fiquete, bono o vale de papo
Recaudo del prestador Concepto <u>Valor en pes</u>	
Cuota Moderadora	
121 - o la de la constante de	0.00 € 0.00 €
Cuota de Recuperación Olro	
	A PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ONEIDA OMEN INCHIMA	
Cargo o actividad: AUX AT COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM 17/06/2021	
OW Triodizuzi	
Esta ordén o	le servicio es única e intransferible
Delta au	The state of the s

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



Firma del Paclente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3720272

Fecha: 21/08/2021

Hora 1 15.52

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO - ASOCIACION INDIGENA DE	L CAUCA CODIGO EPSI03					
HFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS						
C C Número  Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES						
Tolder - 242770 Lion B						
Correo: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ARTA COMPLEJIDAD					
	DEL PACIENTE					
ROMERO SERPA	KAREN LICETH					
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nembre					
Tipo Documento de Identificación	1040499859					
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula	de Extranjeria No Documento de Identificación Erdad					
⊻  ⊤arjeta de identidad	·					
Cédula de Cludadanía Menor Sin Identificación	07/08/2007 SUBSIDIO IDTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO					
Dirección de Residencia Habilual LA SARDINA	Teléfono					
Dep( nento ANTIQUIA	05 <sup>logh 하면</sup> Municipio EL BAGRE 250 전략 환경					
Teléfono Celular Correo Electrónico	The state of the s					
SERVICIO:	AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización						
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Co 1/0					
Urgencias Urgencias	Carria DQ					
Manejo Integral Según Guía de:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION (	JNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN; 1	Fecha: 2021-06-21 Hora: 17:11					
PAGOS C	OMPARTIDOS ,					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	ad responsable del pago % 100					
semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestedor Concepto Valor en pes						
Cuota Moderadora						
in copings	.00 € 0.00 €					
Cuota de Recuperación Otro						
	PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza	Teléfono					
DIANA CAROLINA PAZ CERON						
Cargo o adividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:					
FOM 21/06/2021						
. Esta ordén d	e servicio es única e intransferible					

Esta ordén de servicio es única e iniransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 80 DIAS>>

്ഷാമാവി ക്ഷ



Firma del Paciente

#### IMBAIS LEUIO DE LA PROTECCION SOCIÀL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3727493

Fecha: 25/06/2021

Hora: 1 (13-14)

Lagina la 1 de 1

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03			
VFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				
NIT ☑ 901418364  C C □ Número				
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 B				
eléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA (011 (1937)			
orreo: ulsumeicol,aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTZ COMPLEJIDAD			
DATO	PS DEL PACIENTE			
ROMERO SERPA	KAREN LICETH			
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Hembre			
Tipo Dòcumento de IdentIficación	1040499859			
🥅 Registro Civil 🔲 Pasaporte 🦳 Cedu	ila de Extranjeria No Documento de Identificación E dad			
🔀 ranjeta de identidad 🔃 Adullo Sin Identificación				
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	97/08/2007 SUBSIDIO FOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO			
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Teleton			
Depg tento ANTIOQUIA	O5公主・ジア Municipio EL BAGRE 250 まで記録			
Teléfono Celular Correo Electrónico				
SERVIC	IOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO				
Urgencias	N Cana 110			
Manejo Integral Según Guía de:				
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad			
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACIO	ON UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-06-25 Hora: 11:1"			
PAGO	S COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la er	nfidad responsable del pago % 100			
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de liquete, bono o vale de pago			
Recaudo del prestador Concepto Valor en p				
Cuota Moderadora				
	0,00 € 0,00 €			
Cuota de Recuperación Olro				
	LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	Teléfono			
DIANA CAROLINA PAZ CERON	100013			
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:			
FOM 25/06/2021				
- Olii 20100/2021	•			
Esta ordé	n de servicio es única e intransferible			

Solo valida en la IPS autorizada
SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3730325

Fecha: 28/06/2021

Hora: 01.09:11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL C	CAUCA CODIGO EPSI03				
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364 C C ☐ Número				
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRI	<del></del>				
Feléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23	Municipio MONTERIA 101				
Correo: utsumelcot.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTZ COMPLEJIDAD				
DATOS DE	L PACIENTE				
ROMERO SERPA K	AREN LICETH				
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nembre				
Tipo Documento de Identificación	1040499859				
Registro Civil Pasaporte Cédula de					
☐ Adulto Sin Identificación					
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento SUBSIDIO FOTAL  MODALIDAD SUBSIDIO				
Dirección de Residencia Habilual LA SARDINA	Telélono				
	Municipio EL BAGRE 250 公司管辖				
Teléfono Celutar Correo Electrónico	LE DAOM. (7.39 A. T. E.)				
Manager to the second of the s	UTORIZADOS				
Ublcación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Urgencias.  Manejo integral Según Guía de:  Código CUPS Cantidad Descripción  10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNI  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS COI  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0  Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos  Cuota Moderadora  Copago 0.000	Fecha: 2021-06-28 Hora: 10.0  MPARTIDOS  responsable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago [ ]  Porcentaje (%) Valor Máximo (Force) en pesos				
Olro					
INFORMACION DE LA PE	TT				
	eléfono				
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ					
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	eléfone Celular:				
FOM 28/06/2021					
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Esta ordén de s	étylcio es única e intransferible				

Esta ordén de sérvicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Lauma ia 11 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 2300102146 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Lecha Orden 06/05/2021 08:28:23 PM

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

265

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

08/07/2007 Edad : 13 años, ยาก เรอะ y 28 dlas Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Deléfono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio

**IMAT** 

Dirección y Teléfono:

CL 72 6 A 87

Teléfono: 3146303459 

A samual Children

CONSULTAS

890454-1 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA

**Total Servicios:** 

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Codigo:
CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fer hir Orden

18/05/2021 12:46:52

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

\_\_\_

Diry Tel: CALLE 1 № 4-50 239968

Cideti de setalcios Mo.

194

Administradora; EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

107/08/2007 Edad : 13 años, 9 mmes y 11 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 - 1a Estono 2399 é-

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

MAT

CL 72 & A 87 Teléfono: 3146303459

The state of the s

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

2

992502 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quiturgicos
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

772302 GOMIOTERAPIA INTRATECAL

2

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

2

Tolal Servicios:

MONICA LILIANA FAJARDO ARGEL Quien Autoriza

MONICA LILIANA PAJARDO ARGEL

firma Realizó

ilmu Podlade

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 DR 82 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF116191

orcaneixosa. Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Identificación: NIT 901418364-1

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación:31.AGO,2021 17:57 Fecha Validación:31.AGO,2021 18:04

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 24.ABR.2021 Hasla:14.MAY,2021

No. Contrato.		I I I P	o Contrato:Evento	Otro		
Código ERP:	<del></del>				Responsable:UNION TE	MPORAL SUMEICOL IPS
		VICO JUNIOR MAURICIO		,	No. /	Admisión: 0100534153
No. Doc.: 104 Dirección: VE		Tipo Doc.: RC NTA - MUTATA	Teléfon	o: 3136729872		
Médico: CAf		RES LOPEZ ROJAS			No. Poliza: No. Autorización: 38	555972
Código	Descrip					Valor Total
Area Funcional	<u>l:</u> 68	UĈI PEDIATRICA PIS	O 3 T2			
	02 IMAGE	ENOLOGIA Y RADIOLOGIA				2,782,730.00
1	03 CONS	ULTA MONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGNO	OSTICOS		791,900.00
	05 PROCE	EDIMIENTOS DE MEDICINA TR	RANSFUSIONAL Y BANC	O DE SANGRE		3,120,600.00
		CIOS DE APOYO EN LA ATEN				19,570,000.00
		RIALES E INSUMOS				13,141,907.00
	15 MEDIC	AMENTOS POS				70 702 572 00
	19 LABOR	ATORIO CLINICO				29,723,573.00
:	21 GASES	MEDICINALES				8,532,838.00
:	31 ECQGI	RAFIAS				2,305,380.00
						153,000.00
		_		<u>,                                    </u>	Subtotal Area >>>	80,121,928.00
<u>Area Functional:</u>	<u>:</u> 69	UCI PEDIATRICO INTE	ERMEDIOS PISO 4 T2		· //-	00,121,020.00
~	14 MATER	RIALES E INSUMOS				62,370.00
•	15 MEDIC	AMENTOS POS				56,090.00
1	19 LABOR	ATORIO CLINICO				537,365.00
:	26 RESON	IANCIA				1,692,300.00
						1,002,000.00
				W	Subtotal Area >>>	2,348,125.00
•			VAL	OR SERVICE	OS:	82,470,053.00
			VA	LOR COPAGO	OS:	0,00
			VALOR PAGO	COMPARTIE	00:	0.00
		Γ		R DESCUENT		0.00
			VALOR TO	OTAL FACTUR		82,470,053.00
TOTAL	A					<u> </u>
OCHENTA Y DO	S MILLONE	S CUATROCIENTOS SETENTA	MIL CINCUENTA Y TRE	S PESOS CON C	CERO CENTAVOS	82,470,053.00
La presente factura servicios a entera sa	electrónica de alisfacción.	venta de compraventa se asimila en	sus efectos a una letra de can	nbio (artículo 5 Ley 1	231 de 2008). El contratante d	2,782,730.00 791,900.00 3,120,600.00 19,570,000.00 13,141,907.00 29,723,573.00 8,532,838.00 2,305,380.00 153,000.00  80,121,928.00  62,370.00 56,090.00 537,365.00 1,692,300.00  2,348,125.00 82,470,053.00 0,00 82,470,053.00 82,470,053.00 82,470,053.00

Afiliado:

pue dicha persona está autorizada pare firmer y **an colo a**mercancia. Acepto esta factura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dían N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias

Vendedor:

NIT, HADINGTON



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD.

NUMERO AUTORIZACION POP

3655972 Fecha: 29/04/2021

Hore: 21:21:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSIO3						
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)						
Nombre PRESTADOR NO CONTRATADO A NIVEL NACIONAL  C C □ Número						
Código 0000000000 Dirección del Prestador NACIONAL COLOMBIA						
Telélono Departamento CAUCA 19 Municiplo POPAYAN 001 19 Municiplo						
Correo: Contrato: RED NO CONTRATADA SERVICOS DE RED NO CONTRATADOS						
DATOS DEL PACIENTE						
VIDALES DOMICO JUNIOR MAURICIO						
Ter Apellido  Zeo Apellido  Tipo Documento de Identificación  Registro Cívil  Pasaporte  Cédula de Extranjeria  No Documento de Identificación  Adulto Sín Identificación  Cédula de Ciudadanía  Menor Sin Identificación  Fecha de Nacimiento  MODEL TEN SUBSIDIO						
ti, .clón de Residencia Habitual V.JAIKERAZABY Teléfore 3108386447						
Departamento ANTIOQUIA 05 Municipio MUTATA 1100 1100 1100 1100 1100 1100 1100						
Teléfono Celular Correo Electrónico						
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  ☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicia HOSPITALIZACION Canal  ☐ Urgencias  Manejo Integral Según Guía de:  Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad  1 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO						
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-04-29 Hora: 1'						
PAGOS COMPARTIDOS						
Porcentaje del valor de los servictos de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %  Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador  Concepto  Valor en pesos  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza Teléfono						
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ						
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA Teléfono Celular:						
ORDEN VALIDA PARA ONCOMEDICA S.A. FOM 29/04/2021						

Esta orden de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pephana 1 de 1

Re: SOLICITO COTIZACION PARA EL PACIENTE JUNIOR VIDAL...

Asunto: Re: SOLICITO COTIZACION PARA EL PACIENTE JUNIOR VIDALES DOMICO DE UNION TEMPORAL SEMILICOL

De: cotizaciones <cotizaciones@imatoncomedica.com>

Fecha: 28/04/2021, 11:06 a.m.

Para: Unidad de Cuidados Intensivo 3 Piso Uci 4 <asistentegemuci01@imatoncomedica.com>

Buenos Días, cordial saludo

En respuesta a su solicitud, el código cups solicitado 890602 no requiere cotización para SUMEICOL, ya que, se contrentra pactado y parametrizado entre las partes.

Muchas Gracias.

Cordialmente,

## ALVARO JAVIER QUIROZ MESTRA

Asistente de contratación 457 (4) 7054344 Ext: 1208 IMAT - Oncomedica S.A.

Le información contentda en este correo, incluidos eus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos. Si usted reciba este correo por arror, la solicitamos notificar a la persona remitente, y Si usteo recipe este correo por arror, le soucitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contentda en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo Protejamos El Aledio Ambiente

Mu luquima este correb si no es necesario.

De: Unidad de Cuidados intensivo 3 Piso Uci 4 <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com> Enviado: martes, 27 de abril de 2021 5:41:26 p. m.

Para: cotizaciones

Asunto: SOLICITO COTIZACION PARA EL PACIENTE JUNIOR VIDALES DOMICO DE UNION TEMPORAL - SUMEICOL

**BUEN DIA** 

SOLICITO COTIZACION PARA EL PACIENTE JUNIOR VIDALES DOMICO DE UNION TEMPORAL - SUMEICOL

890602

CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA E CHIATRICA

Cordialmente, ALVARO MERCADO ARGUMEDO Asistente de Cuentes Medicas +57:(4) 7854344 Ext: 2505 IMAT - Oncomedica S.A.

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF116198

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación:31.AGO,2021 18:00 Fecha Validación: 1.SEP.2021 18:27 Fecha Vencimiento: 30,SEP.2021

Cubre Desde:26,MAR,2021

Hasta:31,MAR,2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Tipo Doc.: No. Doc.: 1038481187 Dirección: VEREDA PUERTO SAN PEDRO - NECHI Teléfono: 3147922343

No. Admisión: 0100528122

Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO Código Descripción

No. Poliza: No. Autorización: 1017

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

Valor Total

Area Funcional: **URGENCIAS** 

> 15 **MEDICAMENTOS POS**

**TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS** 

24,751.00

305,851.00

281,100.00

Area Funcional: 16 **CIRUGIA** 

IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

MATERIALES E INSUMOS

**MEDICAMENTOS POS** 

JFE;82b8b25033c716346d4f49caef64ceb78e4502c5c89b0073dbf3bbb3501ffe81ed399708ce 33,300.00

154,588.00

18,330.00

Cirugia 770302C SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y Valor Servicio Qx

CÚBITO

Grupo 08 39006 39106 Grupo 08 Grupo 08 39119

**CIRUGIAS GENERALES** 

154,635,00 88,790.00

42,120.00

285,545.00

REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE Cirugia 793306C Valor Servicio Qx

RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA

39007 Grupo 09 39107 Grupo 09 39120 Grupo 09 39211 Grupo 09

39303 GRUPOS 07 - 08 - 09 CIRUGIAS GENERALES

309,270.00 177,580.00

84,240.00 552,760.00

309,465.00

1,433,315.00

Area Functional: 73

14

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

13 MATERIALES E INSUMOS

15 **MEDICAMENTOS POS** 

1,085,500.00 147,408.00

237,600.00

1,925,078.00

307,065.00

Subtotal Area >>> 1,777,573.00

VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS:

0.00

4,008,502.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

73

MDORIAD

Clintos

COPIA 3

Pág. No.: 1

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

RECIBE:



કેકે દેશ ઉંક છે હા A હાલ જવાલા Cod. Habilitacton: 230010094901	Factura Ele	ectronica de Ve	nta ONCF116198	
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MC Teléfono:	ONTERIA - CORDOBA		Fecha Generación:31 Fecha Validación: 1 Fecha Vencimiento:30	.SEP.2021 18:27
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Cubre Desde:26	MAR.2021 MAR.2021
No. Contrato: Ti Código ERP:	ipo Contrato:Evento	Otro Resp	onsable:UNION TEMPORAL	
Paciente: RESTREPO DOMICO KATY LUZ No. Doc.: 1038481187 Tipo Doc.: TI Dirección: VEREDA PUERTO SAN PEDRO - NECHI Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO	Teléfond	o: 3147922343	<b>No. Admisió</b> No. Poliza: No. Autorización: 1017	n: 0100528122
Código Descripción				Valor Totai
	VALC	R DESCUENTO:		0.00
	VALOR TO	OTAL FACTURA:		4,008,502.00
TOTAL	·			
ATRO MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS DOS PES	OS CON CERO CENTAVO:	S **** **** **** **** ****	* *** * ***	4,008,502.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila servicios a entera satisfacción.	en sus efectos a una letra de car	mbio (artículo 5 Ley 1231 de	2008). El contratante declara ha	ber recibido los
Afiliado: Vendedos	Se hace constar of recibir, confesar la	ue la firma distaltà al campiaco deuda y obligar al contratante.	Chat 8064 icha persona está auto Recibí conforme la mercancia. Acept	rizada para fumar y o esta factura.

Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:82b8b25033c7163464449caef64ceb78e4502c5c89b0073dbf3bbb3501ffe81ed399708ce4fc9f



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Incha Orden 31/03/2021 03:15:52 p. m.

Usuario: RC 103848) 187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Orden de Servicios No

Total Servicios:

1017

Diry Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

28/10/2011 Edad : 9 años. 1 ) meses y 3 días Nif 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA \$.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Telélono: 7854344

**ESTANCIAS** 

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Conjugle



Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

31/03/2021 03:21:08 p. m.

†echα Orden

Usuario: RC 1038481187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Orden de Servicios No.

1018

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO 28/10/2011 Edad : 9 años 11 metes y 3 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 GO Teletono 23996

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

042312

**NEUROLISIS EN NERVIO MEDIANO** 

793306

REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CUBITO CON

CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION (OSTEOSINTESIS))

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firms Paletente



Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Lecha Orden 31/03/2021 03:35:51 p. m.

1020

Usuario: RC 1038481187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

770302

SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO

Orden de Servicios No

提出的 "特色" 自由的 "我们的一种

Total Servicios:

28/10/2011 Edad: 9 año . 1 Traeses y 3 días

Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 10 Tele Iono 23996

Quien Autoriza

MONICA FAJARD<u>O ARG</u>EL

Firma Realizó

Firm of



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 8\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### s autorretenedores. No estamos Exentos de retencion en la tuente. Factura Electronica de Venta ONCF116275



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:31.AGO.2021 18:46 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:31.AGO.2021 18:47 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CÓRDOBA Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021 Teléfono: Cubre Desde: 22,JUL,2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 26.JUL.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100554275 No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3117047996 Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE No. Poliza: No. Autorización: 3815682 Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES c32ea4cadd621006d66a45b8daf085122dea70ae41c80a02604f4f5ee5dd9cdc8641d1b6656a4453618692d<u>73</u> Valor Total Código Descripción QUIMIOTERAPIA Area Funcional: 1,384,213.00 **MEDICAMENTOS POS** QΩ QUIMIOTERAPIA 541,100.00 Subtotal Area >>> 1,925,313.00 Area Funcional: 07 **URGENCIAS** LABORATORIO CLÍNICO 195,700.00 Subtotal Area >>> 195,700.00 Area Funcional: 16 **CIRUGIA** CIRUGIAS GENERALES 36,000.00 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servicio Qx Cirugia 413101C 115,352.00 Grupo 05 39003 75,392,00 39103 Grupo 05 205,705.00 39207 **Grupo 05** 84,054.00 GRUPOS 04 - 05 - 06 39302 CIRUGIAS GENERALES 480.503.00 Subtotal Area >>> 516,503.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA MATERIALES E INSUMOS 351,771.00 **MEDICAMENTOS POS** 813,938.00 LABORATORIO CLINICO 468,900.00 Subtotal Area >>> 1,634,609.00 Area Funcional: **UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2** 69 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 198,000.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 2,105,600.00 13 LABORATORIO CLINICO 650,540.00 Subtotal Area >>> 2,954,140.00 VALOR SERVICIOS: 7,226,265.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 0.00 VALOR DESCUENTO: 7,226,265.00 VALOR TOTAL FACTURA:

No. Contrato:

Código ERP:

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6<sup>a</sup> # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUME!COL IPS

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

Otro

### Factura Electronica de Venta ONCF116275

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Fecha Generación:31.AGO.2021 Fecha Validación:31.AGO.2021 18;47

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 22.JUL.2021

Hasta: 26.JUL,2021

No. Admisión: 0100554275

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: Ti

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Tipo Contrato:Evento

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Teléfono: 3117047996

No. Poliza:

No. Autorización: 3815682

Código Descripción TOTĂL

Identificación: NIT 901418364-1

SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

7,226,265.00

Valor Total

a presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (articulo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los rvicios a entera satisfacción

Afiliado:

ላቲኒ Firma

(A) (A) persona está autorizada para firmar y Se hace constar que

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Firma del Paciente

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3815682

Fecha: 24/08/2021

Hore 42 57:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL	CAÚCA CODIGO EPSIO1
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 90141636
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARF	RIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23	Municipio MONTERIA 001 382 493
Correo: utsumetcol.atcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS D	EL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apellido 2do Apellido	. 1er Nombre 2e > Nombre
Tipo Documento de Identificación	1040499859
Registro Civil Pasaporte Cédula de	B Extranjeria No Documento de Identificación L'dad
☑ Tarjala de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	
Cédula de Cludadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento SUBSIDIO TOTAL  Fecha de Nacimiento MUD/ UDAD SUBSIDIO
Ç' ción de Residencia Habilual LA SARDINA	, Tel dipen
	Municipio EL BAGRE 250
Teléfono Celular Correo Electrónico	5 THE BACKE ZOVERNOUS EL BACKE
	AUTORIZADOS
	HOTOKIZADOS
Ublicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Garan
Urgencias	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Manejo Integral Según Gula de: Código CUPS Cantidad Descripción	Facestalling
Codigo CUPS Cantidad Descripción 890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M	Especializad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-24 Hore 2:57
	OMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entida	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0	Reclamo de tiquete, bono o vale de principal.
Recaudo del prestador Concepto Valor en peso	os Porcentaje (%) Valor Máximo (Fepg) en pesos
Cuota Moderadora	00 \$ 0.00 \$
Cobago	0.00 \$
Cuola de Recuperación Otro	
Ti	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:
FOM 24/08/2021 ONCOMEDICA S.A. VALIDA PARA 106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO	INTERMEDIO PEDIÁTRICA
	·
	·
Fela cylón de	servicio es única e infransfarilite

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJÉTO AUDITORIA MEDICA <<YALIDEZ 90 DIAS>>

Engina a 1 de 1



Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Incha Orden 02/09/2021 04:03:33 p. m.

Usuario: 11 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No

1039

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad: 14 años, timises y 25 días

Contrato:

Nij 817001773-3 CALLE I Nº 4 50 Telelono 23996

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

**ESTANCIAS** 

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Postente



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

26/07/2021

10:59:02 AM

Cecha Orden

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 19 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 50 Telèlono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 -QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

SOAT - 35%

992505

POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

SOAT - 35%

**Total Servicios:** 

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firmo Cadente



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

26/07/2021 Fecha Orden 11:09:39 AM

> Orden de Servicios No. 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

07/08/2007 Edad: 13 años, 11 meses y 19 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

> ONCOMEDICA S.A. 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servicio Contrato:

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Usuario: ∏

Telefono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Dirección y Teléfono:

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

905504 METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

1,060,000.00 212,000.00

1,060,000.00 Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

Quien Autoriza



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 26/07/2021 10:59:02 AM

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

686

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad : 13 años, 14 meses y 19 días Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 50 Telefono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

SOAT - 35%

992505

POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

SOAT - 35%

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

Firma Realizó

Pirma Paclente

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF116762

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección; CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 1.SEP.2021 17:59 Fecha Validación: 2.SEP.2021 12:14

Fecha Vencimiento: 1:OCT.2021

Cubre Desde:29.MAR.2021 Hasta: 3.MAY.2021

Responsable:

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: Ti

Teléfono: 3117047996

No. Admisión: 0100528607

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

Médico: SONIA MARGARITA GARCIA DELGADO

No. Poliza: No. Autorización: 1061

Area Funcionai:

Descripción

QUIMIOTERAPIA

**MATERIALES E INSUMOS** 

31,378.00

**MEDICAMENTOS POS** 

4,098,717.00

33,300.00

15,200.00

2,027,395.00

8,879,500.00

642,700.00

707,400.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 4,130,095.00

Area Functional:

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 09

IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 112

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 07 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

**MATERIALES E INSUMOS** 14

**MEDICAMENTOS POS** 15 LABORATORIO CLINICO 19

TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS

QUIMIOTERAPIA

1,937,815.00 4,512,817.00

1,870,440.00

Subtotal Area >>> 20,626,567.00

Area Funcional:

15

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

LABORATORIO CLINICO

43,100.00

Area Funcional:

16

CIRUGIA

**CIRUGIAS GENERALES** 

**MATERIALES E INSUMOS MEDICAMENTOS POS** 15

LABORATORIO CLINICO

Subtotal Area >>> 43,100.00

72,000.00

CUFE:f90594392f0df4183bf73cd1a1fd5badb532ec9a2bdb376a8592784b7cd820caff2bd5b1f48

170,800.00

128,688.00 688,640.00

Cirugia 413101C

39003

39003

39302

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

Grupo 05 Grupo 05 Grupo 05

39103 39103 Grupo 05 39207 Grupo 05

39207 Grupo 05 39302 GRUPOS 04 - 05 - 06

GRUPOS 04 - 05 - 06 D1 CIRUGIAS GENERALES

Valor Servicio Qx 115,400.00 115,400.00

75,400.00 75,400.00 205,700.00

205,700.00 84,100.00

84,100.00

961,200.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZAC ON PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

растижена. Cód. Habilitación: 230010094	Factura Electronica	de Venta ONCF 11	6762
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUM Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LA Teléfono:	•	Fecha V illic Fecha Vendin	ración: 1.SEP.2021 17:5 dación: 2.SEP.2021 12:1 niento: 1.OCT.2021
E-Mail: utsumetcol.atcepsi2020@gm	nail.com		Desde:29.MAR.2021 Hasta: 3.MAY.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento Ofro		Responsable
Paciente: ROMERO SERPA KAREN LI No. Doc.: 1040499859 Tipo Dirección: NG-T!ENE NOMENCLATURA B Médico: SOI IIA MARGARITA GARCIA D	Doc.: TI Teléfono: 311704799 ARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE		'idmisión: <b>010</b> 0528607 061
Código Descripción			Valor Total
		Subtotal Area >>>	2,021,328.00
	VALOR SERVI	CIOS:	26,821,090.00
	VALOR COPA	AGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPAR	TIDO:	0.00
	VALOR DESCUE	ENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACT	TURA:	26,821,090.00
TOTAL		^ ****	
VEINTIGEIG MILLANGS COMODIENTOS VI	FINTIUM MIL NOVENTA PESOS CON CERO CENTAVI	135	ባለ ለበለ እናር ቁኖ

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratente declara haber recibido los

servicios a entera satisfacción.

Afiliado: Firma

Se bace constar que la firma distinta al comprador supone qua sicha persona está autorizada para firmar y recibir, confeser la deuda y obligar el contratante. Recibi conferencia Acepto esta factura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6ixif9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias

CUFE:190594392f0df4183bf73cd1a1fd5badb532ec9a2bdb376a8592784b7cd820caff2bd5b1f4810e865f2879eda83965b5



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 30/03/2021 12:J3:31 p. m.

Isuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

1061

Iry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad: 14 años, 0 meses y 27 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENT	0	1017001773-3 CALLE FIR 4-30 Teletono 23998
Prestador del Servicio ONCOM	EDICA S.A.	
Dirección y Teléfono: CRA 6 #	72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344	1
2 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO		
98106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FL	UJO EN BIOPSIA ?	2
4 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	Officiacions	
33101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOST	ICA O TERAPEUTICA)	3
4130, GASTROSCOPIA TRANSORAL (C	CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	D) 2
3 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	no Quirurgicos	
22502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL		3
2505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO F	RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	1
^ :		Total Servicios:
Anglin Hen	Altinophia.	
ANGELICA MARTINEZ RIAZA	MONICA FAJARDO ARGEL	
Gulen Autoriza	Flima Realizó	Classes David

Firma Paciente

Asunto: Fwd: ANEXO 3 - KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 24 AL 26 DE ABRIL DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA De: Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Fecha: 03/09/2021, 02:55 p. m. Para: ADMISIONES <admisiones@imatoncomedica.com>, UCI <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com> **PSC** ------ Mensaje reenviado ------Asunto: Re: ANEXO 3 - KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 24 AL 26 DE ABRIL DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA Fecha:Tue, 27 Apr 2021 11:41:30 -0500 De:Autorizaciones epsi AIC <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co> Para: Juan Guillermo Berrio Guzman <autorizaciones3@imatoncomedica.com> KAREN LICETH ROMERO SERPA AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA NACIONAL ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI TEL 0328380200 (ext 205)

El mar, 27 abr 2021 a las 10:50, Juan Guillermo Berrio Guzman (<autorizaciones3@imatoncomedica.com>) escribió:

Señores:

**AIC - UT SUMEICOL IPS** 

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia

SSUNDO-FWG: ANEXO 3 -KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021)   IMAT ONCOMEDICA	FechalTue, 04 May 2021 10:08:11 -0500	Desputorizaciones ilvat Oncomedica sautorizadones)@imatoncomedica.com>	Para autorizacion@utsumeicol.com	CC;autorizacionessrcr@alcsalud.org.co
--	---------------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------------

III EMVIO

ASUNTO ANEXO 3 -KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA Desjuan Guillermo Berrio Guzman Kautorizaciones3@Imatoncomedica.com> CC autorizacionessrcr@aicsalud.org.co Fecha: Tue, 4 May 2021 09:37:02 -0500 Paradautorizacion@utsumeicol.com Mensaje reenviado -

Señores:

## AIC - UT SUME!COL IPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalana del paciente: KAREN LICETH ROMÉRO SERPA identificado con el numero 1.040.499.859 hospitalización correspondiente a los días ESTANCIA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE A LOS DÍAS 27-28-29-30 DE ABRIL Y 01-02 DE MAYO DE 2021.

PEL COPIA DE RESOLUCIÓN HÚMERO OXIGAT DE 2018 12 AGO 3308 HOLA NO 3

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha noma, se entenderá como autorizado el servido y no será admísible glosa u objectón alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuíbles a la enidad gesponsable de pago.3

Brian Escobar Rada ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS +57 (4) 7848997 EX: 9608

IMAT - Oncomedica S.A.

La hibritoción contentra en sete corrao, incididos sua acativos adantos, es contidencial odo poro concerniento y uso do las persenses a bas cuales certas dirigidas.

Si unted roctbe esta correct por arror, la solidizance notificar a la persona remitante, y

1 1

Asunto: Pwd: ANEXO 3 -KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA De: Autorizaciones iMat Oncomedica -cautorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 04/05/2021, 09:53 a.m.

CC: autorizacionessrcr@aicsalud.org.co Para: autorizacion@utsumeicol.com

ENAIO ENAIO

- Mensaje reenviado

ASUNTO ANEXO 3 -KARÉN LICETH ROMÉRO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA Fetha:Tue, 4 May 2021 09:37:02 -0500

Deuluan Guillermo Berrio Guzman gautonizaciones3@imatoncomedica.com>

Para sutorizacion@utsumeicol.com

CC:autorizacionessrcr@aicsalud.org.co

Señores:

AIC - UT SUMEICOL IPS

Cordial Saludo,

De maneralatenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autocización de estanda hospitalarla del paciente:

KAREN LICETH ROMERO SERPA identificado con el número 1.040.499.859 hospitalización comespondiente a los días ESTANCIA HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE A LOS DÍAS 22.28-29-30 DE ABRIL Y 01-02 DE MAYO DE 2021

PIEL COPIA DE AZOLUCIÓN NÚMERO BODAN DE 2011 14 AGO 2011 HOLANO 3

archive ten be informes recolded

NOTA: De conformidad, con lo establechdo en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007; de noroblemers respuesta dentro de los términos establechdos en clícha norma, se entranderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objection alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuíbles a la entidad responsable de pago. 3

Brian Escobar Rada Asistente de cuentas medicas +57 (4) 1948997 Ext 3608

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contonida en esta canceo, incluidos sua archivos acjusica, es confidencia sobre para conocimiento y uso de tua paracina a fas cueles están dirigidos.

Si ustod rache este correo por arrur, le sullicitamos, notificar a la persona nemiserto abtentos absentos abbentos de comparte o februigas les información confonicia en estes y an la posible distribución correo de cuspante, de entrardo.

IMAT - Oncomedica S.A. No so hace responso vez enviado.

Probjamos El Medio Ambianto No implinta esta corso sina as metatario

03/09/2021, 02:53 p. m.

1

Asumo: ANEXO 3 KAREN LICETH ROMERO SERPA ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA De: Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 31/03/2021, 06:20 p.m. Para: AIC cautorizacion@utsumeicol.com>, AIC 2 <remisionessrer@aicsalud.org.co>

Señores:

# UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cordial Saludo.

De manèra atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

identificado con el numero 1040499859 hospitalización correspondiente a ESTANCIA DEL 29 AJ 31 DE MARZO DEL 2021 KAREN LICETH ROMERO SERPA

ле. Сом об ясхошем иймеко окрол об том 14 мес том нолу но э

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el Indiso 4º del acticulo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el sendicio y no será admisible glosa u objectión alguma por clicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribulbles a la éntidad résponsable de pago. 3

SIXTA ROSA DE CASTRO ESCORCIA Asistente de Cuentas Madkas +57 (4) 7848997 Ext. 3608-3609

IMAT - Oncomedica S.A.

Studied notice exist correct per artist, la soliditamos notificar a la pezuna reminerta, y abbienera de compatit o fuguaja la información contestido en esto y en la pocible alimba distracción est bundaje de natado.

(MAT - Onconsedita S.A. No se hace responsable de alteradorns que pudiese presentar esto corrob una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambianto Na Imprima esta certro sino est

	:		
Adjuntos:	RPT_Details_AT3.pdf	HC 29.PDF	EVOLUCIONES.PDF

274 KB 350 KB

40,1 KB

Asunto: Fwd: ANEXO 3 KAREN LICETH ROMERO SERPA ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA De: Sixtà Rosa De Castros Escorcia sautorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 05/04/2021, 09:22 a.m. Para: AIC cautorizacion@utsumeicol.com>, AIC 2 cremisionessrer@aiczalud.org.co>

Fecha:Wed, 31 Mar 2021 18:20-53 -0500

DeiShta Rosa De Castros Escorda <u>sautorizadones3@imatoncomedica.com</u>

Responder a:autorizacioness@imatoncomedica.com

Para:AIC <autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 2 <remisionessrer@aicsalud.org.co>

Señores:

# UNION TEMPORAL SUMFICOL IPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaría del paciente:

KAREN DOETH ROWIERO SEKKA. I I JENDBOGGO GON EI Numero 1040499359 hospitalización correspondiente a Estancia del 29 actata en data de maracidenta 2021

PIET, COPIA DE PESOLUCION NUMERO BISSAT DE SEIS 14.400 2001 HOJA NO 3

NOTA: De conformidad, con lo establecto en el inciso 4º del arrículo 14 del Decreto 9747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establectos en circa norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objectón alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se tota de hechos auticuídes a la enticad responsable de pago. 3

SIXTA ROSA DE CASTRO ESCORCIA

Asistome de Cuentas Modicas +57 (4) 7848997 Ext 3608-3509

.

tMAT - Oncomedica S.A.

La información contentra en cate como, incluidos que archivos adjuntos, ca confidence ado pun concelhiento y uso de las personas a las calales satén dirigidos.

St infact fraction water contract por cortor, to soft-damina neafficar; a la persona remitenta, y cabbinaria de compante for devigad la libra discrimación contrantés en esta y en la posible alterinar districtes contractes de su bacilega de antituda de contractes.

IMAT - Oncomedical S.A. No me trans responsibility de alternationes que puditate presentar asta correstante avat correstant.

Protejamos El Medio Amblente No imprima este corteo sino es necesario,

**165 KB 164 KB** 

мыллог, мисли в -глакем иле I н комеко Serpa (Estancia Hospitalaria del 27 de abril al 02 de mayo de 2021) | Imat oncomedica De: Juan Guillermo Berrío Guzman «autorizaciones)@imatoncomedica.com>

Para: autorizacion@utsumeicol.com Fecha: 04/05/2021, 09:37 a.m.

CC: autorizacionessrcr@aicsalud.org.co

Señores:

### AIC - UT SUMEICOL IPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente;

KAREN LICETH ROMERO SERPA identificado con el numero 1.040.499.859 hospitalización correspondiente a los días Estancia Hospitalaria correspondiente a LOS Días 27-28-29-30 DE ABRIL Y 01-02 DE

MEL COPIL DE, RESIDUACION MÜMERO BESSAT DE 2008 14 AGO 2008 HOJA NO 3

NOTA: De conformidad, con lo Escublacido en el Indos 4º del antículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtanerse respueda deritro de los terminos establecidos en cicha norma, se entenderá como autorizado el servido y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos airibuitdes a la entigad responsable de pago 3

Brian Escobar Rada ASISTEME DE CUENTAS MEDICAS - -+57 (4) 7848997 EM: 3509

IMAT - Oncomedica S.A.

La intominación dentendas en cate contro, petalados sus prehimos adjuntos, es confidencial); solo para conocimiento y uso de ins personas a los quales estas drigiços.

Si terbed hecho esto campo por empri, le solicitames nodificar a la persono se mismo, y abstenarise de domparir o divulgar la información contenida en echo y en la posible elimina: dicho comeo de su bandoja de ontrada.

WAT - Oncomodina S.A. No so hace responsable de alectriciones que pudes una vez enviada.

Protejamos El Madio Ambiento No Imprista este tertes ulno es recesario,

Jun Guillermo Berrio Gizzman Asistente De Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenída en este corree, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para concimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

- Adjuntos:

KAREN LICETH ROMERO SERPA (27.ABR.2021).PDF

KAREN LICETH ROMERO SERPA (28.ABR.2021).PDF



Oncomedica S.A. 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF117370



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 3.SEP.2021 10:24 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Valldación: 3.SEP.2021 10:33 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 3.OCT.2021 Teléfono: Cubre Desde:26.AGO,2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 1.SEP.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL IMAT - ONCOMEDICA Código ERP: No. Admisión: 0100567023 Paciente: DOMICO BAILARIN JUAN STIVEN Tipo Doc.: RC Teléfono: 3024624305 No. Doc.: 1067979356 No. Poliza: Dirección: CALLE 24 Nº2-36 CENTRO - MONTERIA No. Autorización: 3821303 Médico: SONIA MARGARITA GARCIA DELGADO Valor Total Código Descripción **HOSPITALIZACION PISO 2 T1** Area Funcional: 09 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 333,270.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,522,200.00 290,969.00 MATERIALES E INSUMOS 1,425,115.00 **MEDICAMENTOS POS** 15 6,500.00 LABORATORIO CLINICO Subtotal Area >>> 3,578,054.00 3,578,054.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 3,578,054.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* 3,578,054.00 CUFE:ddf86b01e8d999fa304e9500177991b0188995 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la lirma distinta al compredor supone que dicha persona está autorizada para furnar y ido: contratente Recei 1917 Pro Olmercancia. Acepto esta factura Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vig encia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Firma del Paciente

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3821303

Fecha: 27/08/2021

Hora 11:36:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACIÓN INDIGENA DI	EL CAUCA CODIGO EPSI03				
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364				
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número				
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAR					
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 图 Municipio MONTERIA INT 等 图 1				
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTO COMPLEJIDAD				
DATOS	DEL PACIENTE				
DOMICO BAILARIN	JUAN STIVEN				
1er Apellido 2do Apellido	fer Nombre 2da lit pmt are				
Tipo Documento de Identificación	1067979356				
	de Extranjería No Documento de Identificación Eulad				
Tarjeta de Identildad Adulto Sin Identiliicación	05/08/2020 SUBCIDIO TOTAL				
Céduta de Ciudadanía Menor Sin identificación	Fecha de Nacimiento MOD/LIDAD SUBSIDIO				
Dirección de Residencia Habitual BARRIO LA PAZ	Teléforu 3/26776113				
Del mento ANTIOQUIA	05 Municipio MUTATA 180 180				
Teléfono Celular Correo Electrónico	The second secon				
SERVICIO	S'AUTORIZADOS				
Ubicación del paciente al momento de la soficitud de la autorización	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
☐ Consulta Externa ☑ Hospitalización Servicio ☐ HOSPITALIZACION					
Urgencias Industrial I	, Const				
Manejo Integral Segun Guia de:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Código CUPS Cantidad Descripción					
10A002 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION					
10A002 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	BIPERSONAL				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	BIPERSONAL Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3) COMPARTIDOS				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entides de autorización del paciente a la solicitud de la autorización	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entides de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Fecha: 2021-08-27 Hora: 0:30  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [1]				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entido Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 108  Rectamo de liquete, bono o vale de pago [1]				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entides de autorización del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuota Moderadora  Copagó	Fecha: 2021-08-27 Hora: 0:30  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [1]				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entice Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó Cuota de Recuperación	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ] 5  sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Impe) ou pesos				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entide Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuota Moderadora  Copagó Cuota de Recuperación Otro	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ] 5  sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Impe) ou pesos  0.00 \$ 0.00 \$				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entide Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuota Moderadora  Copagó Cuota de Recuperación Otro	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de fiquete, bono o vale de pago [ ]    Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Lope) ou pesos  0.00 \$ 0.00 \$				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entides de autorización del paciente a la solicitud de la autorización (Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuola Moderadora (Copagó Cuota de Recuperación Otro (INFORMACION DE LA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ] 5  sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Impe) ou pesos  0.00 \$ 0.00 \$				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS de Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlid Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuola Moderadora Copagó Cuota de Recuperación Otro INFORMACION DE LA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de fiquete, bono o vale de pago [ ]    Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Lope) ou pesos  0.00 \$ 0.00 \$				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó Cuota de Recuperación Oltro INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó  Cuota de Recuperación  Oltro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó  Cuota de Recuperación  Oltro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó  Cuota de Recuperación  Oltro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó  Cuota de Recuperación  Oltro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlíd  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en per  Cuola Moderadora  Copagó  Cuota de Recuperación  Oltro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enlido Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en per Cuota Moderadora Copagó Cuota de Recuperación Otro  INFORMACION DE LA Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Fecha: 2021-08-27 Hora: (1:3)  COMPARTIDOS  dad responsable del pago % 100  Rectamo de tiquete, bono o vale de pago [ ]  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (1 ope) no pesos  0.00 \$ 0.00 \$  PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono				

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginala 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

### Factura Electronica de Venta ONCF117691

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 3.SEP.2021 15:59 Fecha Validación: 3.SEP.2021 16:01 Fecha Vencimiento: 3.OCT.2021

Cubre Desde: 24,JUL.2021

Hasta: 25.JUL.2021

No. Admisión: 0100568947

Responsable: UNION TEMPORAL SUME! COLIPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

No. Poliza:

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización: 688

Valor Total

Area Funcional:

Código

Descripción 68

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

LABORATORIO CLINICO NO PBS

1,060,000.00

	Subtotal Area >>>	1,060,000.00
	VALOR SERVICIOS:	1,060,000.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
Ì	VALOR TOTAL FACTURA:	1,060,000.00

TOTAL

1.060.000.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de camblo (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Verideder Firma tr∕ti⁄cha persona está autorizada oara firmar y

Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019, 4004/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIX 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:7a1dc4ce67972d70d96694bab23e1a406de13b5fafafce157f8e74593d01f18a3c1064d433d00b667c795639



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

26/07/2021 Fecha Orden 11:09:39 AM

888

Orden de Servicios No.

1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

MONTERIA - CORDOBA

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA 524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Usuario: Ti

07/08/2007 Edad: 13 años, 11 meses y 19 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

> ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio

Teléfono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Dirección y Teléfono:

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO 905504

1,060,000.00 212,000.00

Total Servicios:

1,060,000.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



09

MDORIAD

Clintos

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

### Factura Fiectronica de Venta ONCE117767

Pág. No.: 1

Actorities C	ód. Habilitación: 230010094901	Factura Electronica d	<u>le Venta ONCF1177</u>	67
ldentificación: ŊŊ	IION TEMPORAL SUMEICOL IPS T 901418364-1 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MON	ITERIA - CORDOBA	Fecha Validac	ón: 3.SEP.2021 17:28 ón: 3.SEP.2021 17:41 hto: 3.OCT.2021
	umeicol.aicepsi2020@gmail.com		Cubre Des	de:25.MAR.2021
No. Contrato:	Tion	Contrato:Evento Otro	Ha	sta: 12,JUL.2021
Código ERP:	. ,,,,		Responsable:ASOCIACION IN	DIGENA DEL CAUCA
Paciente: JUMI S			No. Adı	nisión: 0100527820
No. Doc.: 103965	4124	Teléfono: 3205342149	No. Poliza:	
	RTURO MERCADO PEREZ		No. Autorización: 1059	
Código	Descripción			Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA			
14	MATERIALES E INSUMOS			154,600.00
15	MEDICAMENTOS POS			16,086,158.00
99	QUIMIOTERAPIA			541,100.00
	_			
			Subtotal Area >>>	16,781, <b>85</b> 8.00
Area Funcional:	07 URGENCIAS			
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PRO	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		193,940.00
05		ANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		1,818,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENI			813,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	5.61.62 5.432		146,717.00
15	MEDICAMENTOS POS			1,044,026.00
19	LABORATORIO CLINICO			940,000.00
31	ECOGRAFIAS			231,700.00
	•			,
	<del></del>		Subtotal Area >>>	5,187,983.00
Area Funcional;	08 IMAGENOLOGIA			Valor Total  154,600.00 16,086,158.00 541,100.00  16,781,858.00  193,940.00 1,818,600.00 813,000.00 146,717.00 1,044,026.00 940,000.00 231,700.00  5,187,983.00  257,400.00 138,900.00
46	MEDICAMENTOS POS			267 400 00
15 19	LABORATORIO CLINICO			257,400.00 138,900.00
13	LABORATORIO CLINICO			130,800.00
			Subtotal Area >>>	
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PIS	SO 2 T1		396,300.00 3,613,335.00 16,251,100.00 20,334,000.00 5,372,267.00 14,211,208.00
_		1.7		
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PRO			3,613,335.00
05		ANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		16,251,100.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATEN	CION DE SALUD		20,334,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS			5,372,267.00
15	MEDICAMENTOS POS			14,211,208.00
19	LABORATORIO CLINICO		•	13,954,470.00
21	GASES MEDICINALES			57,960.00
99	QUIMIOTERAPIA			1,082,200.00
	_		Subtotal Area >>>	74,876,540.00
∖rea Funcional:	16 CIRUGIA		;	
01	CIRUGIAS GENERALES		•	216,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS			26,230.00
15	MEDICAMENTOS POS			386,039.00
15				000,000.00

COPIA 3

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF117767

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód, Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 3.SEP.2021 17:28 Fecha Validación: 3.SEP.2021 17:41 Fecha Vencimiento: 3.OCT.2021

Cubre Desde:25.MAR.2021

Hasta: 12.JUL.2021

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Admisión: 0100527820

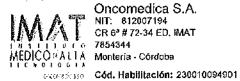
Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 1059

Médico: IVAN	ARTU	O MERCADO PEREZ	Valor Total 1,884,380.00 332,600.00 332,600.00 332,600.00 332,600.00 332,600.00 332,600.00 36,500.00 36,500.00 56,500.00 56,500.00 56,500.00 75,400.00 75,400.00 205,700.00 102,900.00 102,900.00 63,000.00 63,000.00 63,000.00 84,100.00 84,100.00 1,887,900.00 10,887,900.00 34,10		
		cripción		Valor Total	
1	9 LA	ORATORIO CLINICO		1,884,380.00	
9	19 <b>QU</b>	MIOTERAPIA		332,600.00	
<u>Cirugia</u> 413	3101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor S	ervicio Qx	
	390	03 Grupo 05		11 <b>5,400.00</b>	
	390	03 Grupo 05 .		115,400.00	
	390	03 Grupo 05		86,500.00	
	390	03 Grupo 05		86,500.00	
	390	03 Grupo 05		86,500.00	
	391	03 Grupo 05		56,500.00	
	391	03 Grupo 05		56,500.00	
	391	03 Grupo 05		56,500.00	
	391	03 Grupo 05		75,400.00	
	391	03 Grupo 05		75,400.00	
	392	•		205,700.00	
	392	•		205,700.00	
	392	•		102,900.00	
	392	07 Grupo 05		102,900.00	
	392	•		102,900.00	
	393			63,000.00	
	393			63,000.00	
	393			63,000.00	
	393		;	84,100.00	
	393			84,100.00	
U	II CIF	UGIAS GENERALES		1,887,900.00	
			Subtolal Area >>>	4,733,149.00	
Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2			
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		245 525 50	
		GENOLOGIA Y RADIOLOGIA		245,535.00	
0		NSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		118,800.00	
0	5 PR	OCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		10,613,600.00	
. 1	3 SEI	RVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		5,493,200.00	
1	4 MA	TERIALES E INSUMOS		2,970,502.00	
1	5 ME	DICAMENTOS POS		3,384,672.00	
		ORATORIO CLINICO		3,986,650.00	
		SES MEDICINALES		274,680.00	
			Subtotal Area >>>	27,087,639.00	
Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2		Et 1001 1000100	
	~~	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA			
o	2 IMA	GENOLOGIA Y RADIOLOGIA		196,990.00	
		NSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		831,600.00	
9		MDORIAD Clintos COPIA 3	;	Pág. No.: 2	



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autometenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



### Factura Electronica de Venta ONCF117767

Mambea Chanta: LIA	ION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fraka Canadaitus	2.000.0004.47.00
Identificación: N				Fecha Generación:	3.SEP.2021 17:41
Dirección: CL	42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MC	NTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento:	
Teléfono:	umeicol.aicepsi2020@gmall.com			Cubre Desde:2	
E-iwall, uts	·				12.JUL.2021
No. Contrato: Código ERP:	Ti	oo Confrato:Evento	Otro Responsable	:ASOCIACION INDIG	
Paciente: JUMI S	SAPIA WILLER			No. Admis	ión: 0100527820
No. Doc.: 103965		Teléfono: 320	5342149	Ma Dallas	
	NIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURI RTURO MERCADO PEREZ	NDO	No. A	No. Poliza: .utorización: 1059	
Código	Descripción			·	Valor Total
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATE	NCION DE SALUD			10,453,700.00
14	MATERIALES E INSUMOS	,			970,021.00
15	MEDICAMENTOS POS				451,122.00
19	LABORATORIO CLINICO				477,450.00
21	GASES MEDICINALES				2,174,872.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	3			342,900.00
31	ECOGRAFIAS				78,700.00
99	QUIMIOTERAPIA				Valor Total 10,453,700.00 970,021.00 451,122.00 477,450.00 2,174,872.00 342,900.00 78,700.00 166,300.00
			Subtotal	Area >>>	16,143,655.00
Area Funcionai:	73 HOSPITALIZACION F	PISO 4 T2			
		RACIÓN DE MÉDULA ÓSEA			7
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PI	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO	os :		405,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS				50,000.00
15	MEDICAMENTOS POS				210,643.00
19	LABORATORIO CLINICO				179,200.00
31	ECOGRAFIAS			*	231,700.00
					405,900.00 50,000.00 210,643.00 179,200.00 231,700.00 1,077,443.00 50,000.00 5,400.00
Aura Comalanala	TA HOODEALIZACIONE	VCO 2 T4	Subtotal	Area >>>	1,077,443.00
Area Funcional:	74 HOSPITALIZACION F	750 3 11 IRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	i		i d
14	MATERIALES E INSUMOS	INVOIGH BE HIPPORK COCK			50,000.00
15	MEDICAMENTOS POS				5,400.00
			4		
		, <del>-</del>	Subtotal	Area >>>	55,400.00 46,339,967.00 0.00 0.00 0.00 46,339,967.00
		VALOR :	SERVICIOS:	1	46,339,967.00
		VALOR	COPAGOS:		0.00
		VALOR PAGO CO	MPARTIDO:		0.00
		VALOR DE	SCUENTO:		0.00
		VALOR TOTAL	<u>'</u>	1	46,339,967.00
	• •	L			

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente. Factura Electronica de Venta ONCF117767

Identificación: NIT 90141 Dirección: CL 42 10 A	MPORAL SUMEICOL IPS 8364-1 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDO	Fecha Generación: 3.SEP.2021 17: Fecha Validación: 3.SEP.2021 17: Fecha Vencimiento: 3.OCT.2021	
Teléfono: E-Mail: utsumeicol.	aicepsi2020@gmail.com	Cubre Desde:25.MAR.2021 Hasta: 12.JUL.2021	
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento	Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUC	
Paciente: JUMI SAPIA V No. Dec.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD T Médico: IVAN ARTURO	Tipo Doc.: TI URRIQUITADOLLANA - MURINDO	No. Admisión: 010052782 Teléfono: 3205342149 No. Poliza: No. Autorización: 1059	20
Código Descri	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Valor Total	al
TOTAL CIENTO CUARENTA Y SE PESOS CON CERO CENT.	IS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEV AVOS **** 4*** **** **** **** **** **** **	YE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE 146,339,967.0	0
	de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una	letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los	
Afiliado:	MEGICOLOGIA VECTOLOGIA VECTOLOGIA	r, confesar la deuda A Coche Romano de la marcancia. Acepto esta factura.  FECHA: 0 2  RECIBE: 1 - 1 - 2  RECIBE: 1 - 1 - 2  RECIBE: 1 - 1 - 2	1
Firma	Firma !	RECIBE:-1 - Imma	_

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:63f3246377a2894605b9f6be8335fc9cd1e96e5e0261b6755bf0bd8d4eac704b350f27cfc084ab321f28dd088b5833ca



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

For Ivo Orden 1/03/2021 11:55:28 a.m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

1059

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

19/06/2014 Edad : 7 años : 2 m : e y 15 días Nit 817001773-3 CALLE 1 № 4-50 Felicitio 23996

Prestador del Servicio Dirección y Telélono:

e sampling the

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344

theory Distribution

ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

526,400.00

546,400.00

Total Servicios:

5.65,400.00

Quien Auforiza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firmo Reolizó

filma Pauli ste



 $\omega$ ,

### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Gorden Orden 114/09/2021 11 40:12 a.m.

Usuaño: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

1056

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora; EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad : 7 años, 2 m per y 15 días Nil 817001773-3 | CALLE 1 № 4-50 | F Horro 23996

Contrato: **524 MODALIDAD EVENTO** 

Preslador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAY Teléfono: 7854344	
。 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	Committee of the Commit
02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	the state of the s
908404 CARIOTIPO CON BANDEO G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA	2
908418 ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	4
898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA +	2
898004 ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) (MIELOGRAMA) +	+ 4
898106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?	5
04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	
413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA	. 5
033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	6
93 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	6
992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	3

Total Servicios:

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Parth rite

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuenta

### Factura Electronica de Venta ONCF117993

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

Código ERP:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 4.SEP.2021 12:06

Fecha Validación: 4.SEP.2021 12:07

Fecha Vencimiento: 4.OCT.2021

Cubre Desde:27.MAR.2021

Hasta: 6,ABR,2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA

No. Doc.: 1038929456

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 323 434 5247

No. Admisión: 0100528261

Dirección: VEREDA PEGADO - ANTIQUIA - ANTIQUIA Médico: DANIELA DE JESUS SIERRA BARRETO

No. Poliza:

No. Autorización: 1068

Código Area Funcional: Descripción 07

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

**URGENCIAS** 

507,400.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 507,400.00

Area Funcional:

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 09

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

471,140.00 2,029,600.00

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13

MATERIALES E INSUMOS

358,841.00 270,166.00

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

**MEDICAMENTOS POS** 

LABORATORIO CLINICO

1,123,100.00 153,000.00

**ECOGRAFIAS** 

4,405,847.00

<u> Area Funcional:</u>

15

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

LABORATORIO CLINICO

80,500.00

80,500.00

CUFE:84d0d7a195516210fd005f3b30c75e2d792ba2a583562bc7652faddf2e7ce31b2858d9303cab483fb26f7

Area Funcional:

16

**CIRUGIA** 

CIRUGIAS GENERALES

MATERIALES E INSUMOS

36,000.00

253,946.00

LABORATORIO CLINICO 19

1,454,580.00

Cirugla 413101C

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

Vator Servicio Qx 115,400.00

39003 Grupo 05 39103 Grupo 05 39207 Grupo 05

GRUPOS 04 - 05 - 06

205,700.00 84,100.00

57,700.00

41,100.00

95,300.00

75,400.00

CIRUGIAS GENERALES

39302

39204

39301

480,600,00

Cirugia 860102C BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)

Valor Servicio Qx

39000 Grupo 02 Grupo 02 39100

Grupo 02

GRUPOS 02 - 03

44.900.00

**CIRUGIAS GENERALES** 

239,000.00

Subtotal Area >>>

2,464,126.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monterla - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de rejención en la fuente



முக்கள். Cód. Habilitación: 230010094901	Factura Electronica (	de Venta UNCF [17993] 画视路(探测器
lombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS tdentificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONT Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	TERIA - CORDOBA	Fecha Generación: 4.SEP.2021 12:0 Fecha Validación: 4.SEP.2021 12:0 Fecha Vencimiento: 4.OCT.2021  Cubre Desde:27.MAR.2021 Hasta: 6.ABR.2021
No. Contrato: Tipo (	Contrato:Evento Otro	Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IP
Paciente: DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA No. Doc.: 1038929456 Tipo Doc.: RC Dirección: VEREDA PEGADO - ANTIQUIA - ANTIQUIA Médico: DANIELA DE JESUS SIERRA BARRETO	Teláfono: 323 434 524	No. Admisión: 010052826 7 No. Poliza: No. Autorización: 1068 Valor Tota
Código Descripción		
	VALOR SERVIC	
	VALOR COPA	
	VALOR PAGO COMPAR	FIDO: 0.0
VALOR DESCUENTO:		NTO: 0.0
	VALOR TOTAL FACT	URA: 7,457,873.0
TOTAL. SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE CENTAVOS **** **** **** **** **** **** **** *	1196 X196 NXES 1100 CO	
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en servicios a entera satisfacción.	n sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 L	ey 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los
Afiliado: Yendedo(\$1.200218	Se hace constat que la firma distinta J.27N	al comprador, supopa que dicha persona está autorizada para lirmar y Idalius en recitio comprint la persona acta actorizada para lirmar y NET 001418364.1

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021, Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

RECIBE:

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE;84d0d7a195516210fd005f3b30c76e2d792ba2a583562bc7652faddf2e7ce31b2858d9303cab483fb26f700e0f



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA Fecha Orden 26/03/2021 12:40:45 p. m.

Usuario: RC 1038929456 DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA Orden de Servicios No. 1068 Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 06/04/2014 Edad : 7 años, + meses y 28 días Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4 50 Teliflono 23996 Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: Telélono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED, IMAT **ESTANCIAS** 10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó

Himma Cardende



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Incha Orden 06/04/2021 12:30:49 p. m.

Usuario: RC 1038929456 DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA

Orden de Servicios No.

1065

Dir y Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

06/04/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 28 días Nit 817001773-3 | CALLE 1 Nº 4 30 | federano 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono: . CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344 SESSE SE

**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS** 

898103 ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA.+

SUTURA)

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

04 860102

BIOPSIA ESCISIONAL DE PIEL - TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

Firma Realizó

Finae F



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA 30**cha Orden** 29/03/2021 12:37:09 p. m.

Usuario: RC 1038929456 DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA Orden de Servicios No. 1067 Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 06/04/2014 Edad : 7 años, 4 metes y 28 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 № 4.50 : Felifiono 23996 Confrato: **524 MODALIDAD EVENTO** Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléiono: 7854344 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA + 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) + 898004 (MIELOGRAMA) + 898106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ? 04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA ÓSEA Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Finne Production

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 63 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res 6 de 13/01/2020 No somos autorreferiedores. No estamos Exentos de referición en la fuente

CARDIOLOGIA

excessiona. Cód. Habilitación: 230010094901	ractura Electronica de	Venta 01101 11043	
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MON Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	NTERIA - CORDOBA	Fecha Generación: Fecha Valldación: Fecha Vencimiento: Cubre Desde:	6.SEP.2021 9: 6.OCT.2021
	Contrato:Evento Otro		20.AGO.2021
No. Contrato: Tipo Código ERP:	o Contrato:Evento Otro	18.30	Responsabl
Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA		No. Admis	lón: 010057 <b>0</b> 70
No. Doc.: 35005199 Tipo Doc.: CC Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES Médico: 0	Teléfono: 304 551 5729	No. Poliza. No. Autorización: 264	
Código Descripción			Valor Tota
Area Funcional: 12 CARDIOLOGIA  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PRO	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		405,900.00
-	<u> </u>	Subtotal Area >>>	405,900.00
	VALOR SERVICIOS	3:	405,900.00
·	VALOR COPAGOS		0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO		0.00
	VALOR DESCUENTO	D:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA	۸:	405,900.00
CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CO	ON CERO CENTAVOS **** **** **** ****	***** **** ****	405,900.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en servicios a entera satisfacción.	n sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 123	31 de 2008) El contratante declara	haber recibido los
Firma NK 512.097 (174:8)  Firma Perturación Electrónica Dian Nº	Se hace constar que la firma distinta al com recibir, confesar la dauta y objoar al contra FACTURACIÓN NITT. 901-4 nedico s.o.  PECHA: PECHA: PECHA: 127630U2337406 del 04/12/2019 al 04/12/20	tante, Recipi contome la mercancia. Ac UT SUMELCOL. 418364-1 - G - 2 / Z )Firma 2 21.Vigenota 24 moses, Pratijo	apto esta fectura
onsecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: 2d21092-144e-4b66-b720-5cd/9f661767	The Factory HKA Colombia NIT. 900390126-	Software: TFHKA_CO90039	0126 SoftwareiD:
Forma de Pago: Credito Medio de Pa	ago; Transferència Electrónica	Plazo: 30 Dias	-

COPIA 3



# MINIS (ERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

410194

	MINIS (ERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD								
Numero de autor		_ <del>_</del>	284				<del>_</del> ,	<del></del> _	<del>-</del>
Entidad responsable del pa					Fecha:	20/04/2021	Hora	05:00	):29 p. m.
			ASC	OCIACION INDIGE			CODIGO EPS	103	NIt: 817003166
Nombre	<del></del>			INFORMACIO	ON DEL PRESTA			<u></u>	
Codigo	<del></del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Direction		UMEICOL			
Departamento		ANT	TOQUÍA	Direccion	Municipio	N° 10A - 36 B/ LAURELES	Teléfono:		7764435
	<del></del>			DATOS	DEL PACIENTE		ARBO	LETES	
Apellido	1	· T · —	Apell		T	Nombre 1	<del>.                                      </del>	3/	··· , — ·
SILGAD	20		BAR	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del></del> -		<u> </u>	Nombre 2	
						MARIA		CELMIRA	
Tipo De Identificación:				<del> </del>					
				<del></del>					
TIPO DE IDEA	NTIFICACION	· ·	ALDANEDO	DE DOCUMENTO	DE IDEALTIDA D	FF6114 DE 114 611			<del></del>
<u> </u>			WOMERO		DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIM	HENTO	E	DAD
CÉDULA DE	CIUDADANIA	·	<u> </u>	350055199		1/04/1952		69 AÑOS 0 N	MESES 19 DIAS
Dirección de residencia l	Habitual I	VEREDA GA	LILEA COL	MINA 2 Dos	adamania T	ANTIOONIA	I		
2.0000000000000000000000000000000000000	Jaoitas	VEREDA OA	COL	MONA Z   Dep	parlamento	ANTIOQUIA	Municipio	ARBO	DLETES
				SERVICIO:	S AUTORIZADO	·S-		······································	
Ubicación del paciente al m	omento de la	solicitud de	la autoriza		- AGTOTIEROG	-		<del></del>	
					<u>-</u> .			<del></del>	
X Consulta externa		Hospitaliz	ación	Servicio		<u>.                                    </u>	٠	Cama	
Urgencias	_			<u>.                                  </u>					<del></del>
Manejo integral según guia de:								,	
Código cups	Cantidad L	Descripción			***************************************	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Especialidad
<u>881232</u>	1			ECOCARDIC	GRAMA MODO	MY BIDIMENSIONAL	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		IMÁGENES
	<u> </u>	·····							
Numero de solicii	ud de origen	1	Fecha	20/04/2	1021	Hora	OE-AN.	29 p. m.	
Transfer do della	do de engen	· *	i ouia	20/04/2	.021	Inora	05:00:	29 p. m.	
		p	:	PAGOS (	COMPARTIDOS				
		۴.	<u> </u>						
Porcentajo	del valor de	los servicios	de esta au	itorización a paga	ar por la entidad	l responsable del pago 5	76		
		1.05	•						
Recaudo del prestador	_	Concer		Valor en pesos	, ,	Porcentaje		Valor máxir	no (tope) en pesos
	}	┥ ┈┈	deradora		-   -		-		
	}	х Сор		. 4	-		-		
	-  -	Cuota de re	no s		1 -		1	· · · · · · ·	
	L.,	<u> </u>			)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	.] [	•	
	INFO	DRMACION,E	E LA PER	SONA DE LA ENT	IDAD RESPON	SABLE DEL PAGO QUE	AUTORIZA		
Nombre de quien autoriza	-	3.3		IO DE AGUSTIN	1		Telefono:		
Cargo o actividad		AUXILI	AR DE AT	ENCION AL COMU	JNERO	Te	lefono celular	3107	362145
Observaciones:	0.55					<del></del>			
Nombre de quien autoriza	INFO	RMACION D	E LA PERS	SONA DE LA IPS I	RECEPTORA Q	UE ACEPTA RECIBIR E			
Cargo o actividad				<del></del>		Te	Telefono: lefono celular		
C'ndy K Firma del Paciente	RP	Esta ordi		icio es única e int sujeto auditoria m		valida en la IPS autoriz			
	<del></del>	<del>-'  </del>		<del></del>	<del></del>				

Oncomedica S.A NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# CARDIOLOGIA

### Factura Electronica de Venta ONCF118496

Nombre	Cliente:	NOINU	TEMP	ORAL	SUMEICOL	. IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

No. Contrato:

Código ERP:

Area Funcional:

Código

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 6.SEP.2021 10:04 Fecha Validación: 6.SEP.2021 10:04

Fecha Vencimiento: 6.OCT.2021

Cubre Desde:20.AGO.2021

Hasta:20,AGO.2021

No. Admisión: 0100570712

Responsable:

Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA

Tipo Doc.: CC No. Doc.: 35005199

Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES

Teléfono: 304 551 5729

No. Poliza:

No. Autorización: 581

Médico: 0

Descripción 12

CARDIOLOGIA

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

312,200.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 312,200.00 312,200,00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 312,200.00

TOTAL

TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

312,200.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Se hace constar que la 🗖

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian № 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor (ecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Clintos



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

भग भविति

W.				MINISTERIO DE LA						
Numero de autor		7	581	<del></del>	Fecha:	1	3/07/2021	Hora	<del>                                     </del>	08:15:41 a. m.
Entidad responsable del pa	igo:		AS	OCIACION INDIGEN		CA EPS-I		CODIGO EPS		Nit: 817003166
Nombre	·			INFORMACION					ЛОС	MIL GITTUGIO
Codigo	<del> </del>					SUMEICOL				
Departamento	<del> </del>	ΔN°	TIOQUIA	Direction	CALLE 42	N° 10A-36	B/LAURELES	S Teléfono:	<u></u>	3137764435
	<u> </u>	- AIY	HOUGH		Municipio	<u> </u>		ARBO	LETES	
Apellido	n 1	<del></del>			DEL PACIENTI					
SILGAL		+		lildo 2	<del> </del>	Nombre	1		Nombre 2	
SILOAG	<del></del>	<u> </u>	BAI	RON	ļ	MARIA	k.		GELMIRA	
1 Tipo De Identificación:					<u> </u>					
1100 De Identificación:		<del></del>								
						1				
<b> </b>	NTIFICACION		NUMERO	O DE DOCUMENTO DI	E IDENTIDAD	FEC	CHA DE NAC	AMIENTO		EDAD
CÉDULA DE	CIUDADANÍA			35005199		<del></del>	1/04/195	<del></del>	FO ANO	S 3 MESE 12 DIAS
			<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<u> </u>			UP ANO	S 3 MESE IZ DIAS
Dirección de residencia l	Habilual	VI	GALILEA	Depa	rtamento	AN	ITIOQUIA	Municipio	A	ARBOLETES
							·			
Illetina i I manianti di I	<del></del>	<del></del>		SERVICIOS	AUTORIZADO	28:				
Ubicación del paciente al m	iomento de la so	licitud de	la autoriza	ación						
X Consulta externa Urgencias	Hospitalización			Servicio					Cama	){
Loigendas										
Manejo integral según guía de:	ı <b>:</b>									
Código cups	Cantidad Des	scripción								T
896101	Caminas Des	Cripcion		MONITOREO L	DE PRESION	ALTERIAL	SISTEMICA			Especialidad IMÁGENES
******	<del> </del>	•		morni vita -	St. 1. Introduction	ALIENIAL	. JIDTEINION	<u> </u>		INIAGENES
										<del> </del>
										<u></u>
Numero de solicil	tud de origen	1	Fecha	13/07/202	21		Hora	08:15:	41 a.m.	
· · · · ·										
				PAGOS CO	OMPARTIDOS	<u> </u>	<del></del>			
Dorganial	م علما سمامه علم امد		- de anto o	·	!!!-	`	*** ***		ı	<b></b>
FOID British	3 Oer valor de los	Servicios	de esta at	utorización a pagar	por la entidad	J responsa	abie dei pago	)%		<u> </u>
Recaudo del prestador		Concep	nto:	Valor en pesos		Po	rcentaje		Valor n	náximo (tope) en peso
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			oderadora		. [		Contago		Tursi	aximo (tope) un paa-
	x	Cop	pago.		; <b>[</b>			<b>-</b>		
		cuola de re	ecobatacion	· _ :	, ·			7		
		ot	tro		, [					
<del></del>										
	INFOR	MACION D		RSONA DE LA ENTIE	DAD RESPON	ISABLE DI	EL PAGO QU			
Nombre de quien autoriza Cargo o actividad	<del></del>	A 2   VII		NO DE AGUSTIN			<b></b>	Telefono:		
Observaciones :	<del></del>	AUAILI	IAR DE AT	FENCION AL COMUN	1ERO		'	Telefono celular	<u> </u>	107362145
Observationies.	INFORM	MACION D	E I A DEQ	SONA DE LA IPS RE	ECESTORA (	MIE ACED	TA RECIBIO	TI DACIENTE	<u> </u>	
Nombre de guien autoriza	III Vin	IAGIGH	CLAFEIN	SUNA DE LA IPO NE	EGEP TORA W	UE AGE	1A REGIDIR	Telefono:		
Cargo o actividad	,			<del></del>			+	Telefono celular		
								releiono colorar		
		Esta orde	en de serv	vicio es única e intra	insferible sol	o valida en	ı la IPS autor	rizada		
$\sim$			,	sujeto auditoria med	dica [[Valldez	: <b>9</b> 0 d(as)]				
Joenston 1	100									

Oncomedica S.A. Nfi: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autometenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

CARDIOLOGIA

Valor Total

Cód. Habilitación: 230010094901

# Factura Electronica de Venta ONCF118502

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Médico: 0

Tipo Contrato:Evento

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Otro

Hasta:19.AGO.2021 Responsable:

No. Admisión: 0100570717

Fecha Generación: 6.SEP.2021 10:09

Cubre Desde:19.AGO,2021

Fecha Vencimiento: 6.0CT.2021

Fecha Validación: 6.SEP.2021 10:10

Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA

No. Doc.: 35005199

Tipo Doc.: CC Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES

Teléfono: 304 551 5729

No. Poliza:

No. Autorización: 581

Código

Descripción

Area Funcional: 12 CARDIOLOGIA

312,200.00

Subtotal Area >>> 312,200.00 VALOR SERVICIOS: 312,200.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO. 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 312,200.00

**TOTAL** 

TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

312,200.00

La presente factura efectrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una ietra de cambio (artículo 5 Loy 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

polyalante. Recibi con'orme la mercancia. Acepto esta fectura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021.//igencia neses, Prefilo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

	-
A.	
.00	
AXIA	
(1930)	
(34.44	
650	
,die	

				AUTORIZACION (	DE SERVICIOS	DE SALUD				
Numero de au		T	581		Factor	1				
Entidad responsable del	del pago: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA			13/07/3021	Hora		08:17:43 a, m	 I.		
<u> </u>				INFORMACIO	NA DEL CAUC	A EPS-I	CODIGO EF	S103	Nit: 81	7003166
Nombre				- Tan Oranization		SUMEICOL				
Codigo Departamento	<del> </del>			Direction		N° 10A-36 B/ LAURELES	- <del></del> -			
~ openamento	_4	ANTI	OQUIA		Municipio	TOM-36 BY LAURELES			3137764435	
Apeli	:da 4			DATOS	DEL PACIENTI		ARBO	OLETES		
<del></del>		<del>-</del>	Apelli	do 2		Nombre 1	<del>-,</del> -	No. To a		
SILG	ADO		BAR	ON		MARIA		Nombre 2		1
lino Do Ide-No 44					<u> </u>			CELMIRA		1
lipo De Identificación:										
<u> </u>	<del>_</del>									
	ENTIFICACION	1	NUMERO I	DE DOCUMENTO O	E IDENTIDAD	FECHA DE NAÇII	MENTO	<del></del> _		
CÉDULA D	E CIUDADANIA			35005199					EOAD	
Discoult						1/04/1952	<u> </u>	69 AÑ(	OS 3 MESF 12	DIAS
Dirección de residencia	a Habilual	V/G/	ALILEA	Depa	rlamento	ANTIQUIA	Manager 1. 1			
<del></del>	_ <del></del>						Municipio	l	ARBOLETES	
bicación del paciente al	momonto de la1	1_1, 1		SERVICIOS	AUTORIZADO	S:				<del>_</del>
and pariotte at	momento de la sol	icitud de la	autorizac	lón				<del></del>		·
X Consulta externa	Hospitalización			Servicio -						
Urgencias	•			Pervicto				Cama		_
anejo integral según gula d	<del></del>			<del></del>		· <del></del>				_
Código cups	r	ala ald u		<del></del>						
895001	Cantidati Desc	ripción	<del></del> -	ELOTO	3045545				Especia	lidad
	<del></del>			ELCIRO	<u> CARDIOGRA</u>	FIA DINAMICA			<u>IMÁGEI</u>	
<u> </u>										
									<u> </u>	· <u> </u>
Numero de solic	ilud de origen	1 F6	cha	13/07/202	1	Hora	08:17:	43 a. m.		
<u> </u>	<del></del>									
			——	PAGOS CO	MPARTIDOS					
Porcentaj	e del valor de los s	ervicios de	esta auto	rización a nagar r	or is outlded	responsable del pago %				
		-		, addison a pager p	OL 10 BILLION	responsable del pago y	<u>/</u>	. 1		
Recaudo del prestador		Concepto		/alor en pesos		Porcentaje		Valorm	áximo (tope) e	
	<u> </u>	Cuota moden			[-		7 [	70101 111	evillo (robe) 6	an head:
	x	Copago	<u> </u>		ļ. <u>.</u>		] [		_	
	H	quoer eb slous otro	eracxon [		L		[			
<u> </u>			<u> </u>		L.		] [			
	INFORMA	CION DE I	A PERSO	NA DE LA ENTIDA	AD RESPONS	ABLE DEL PAGO QUE	AUYORIZA	<del></del>		
nbre de quien autoriza go o actividad			MAKIANO	DE AGUSTIN			Telefono:	<del></del>		-
Observaciones :	<del></del> -	AUXILIAR	DEATEN	CION AL COMUNE	RO	Teli	efono celular	31	07362145	
Cooring and ICS	MEODILA	CION DE I	A DÉDEC	M4 12 1 4 1 2 2 1						
nbre de quien autoriza	INI OANIA	OION DE L	M PERSO	NA UE LA IPS REC	EPTORA QUI	ACEPTA RECIBIR EL				
go o actividad		<u> </u>	<del>-</del>				Telefono:			
				<del></del>		Tele	efono celular			
	E	sta orden d	e servicio suje	es única e intrans eto auditoria medic	sferible solo v ca [(Validez 90	alida en la IPS autoriza:   dias]]	da 🕜	cind	4 K R 1770	D
								- 1( 4	1 1 1	
Firma del Paciente	<del></del>						C	O.		
							<b>₹</b>	ないすい	イゴゴト	ŞH
·	<del></del>							$\cup TT$	ィブイひ	$\supset I$



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retençión en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF118787 Cód, Habilitación: 230010094901 receives to as of Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 6.SEP.2021 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 6.SEP.2021 17:16 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 6.0CT.2021 Teléfono: Cubre Desde: 1.JUL.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 12.JUL.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: Código ERP: No. Admisión: 0100554007 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205342149 No. Doc.: 1039654124 No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Autorización: Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES Valor Total Descripción Código **IMAGENOLOGIA** Area Funcional: 212,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS Subtotal Area >>> 212,000.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: 68 424,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS 29 Subtotal Area >>> 424,000.00 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: 69 424,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS Subtotal Area >>> 424,000.00 1,060,000.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.000.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00VALOR DESCUENTO: 1,060,000.00 VALOR TOTAL FACTURA: MILLON SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS 1,060,000.00 CUFE:cfb76197a07f51a180fbb

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara habar recibido los

servicios a entera satisfacción.

Afillado: Firma



Se hace constar que la firma distinta al comprador suppre, que dicha persona está autorizada para firmar y nforme la mercancia. Acepto esta factura.

igencia 24 meses, Prefilo ONCF del Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NITE 200390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

Forma de Pago: Credito

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Clintos



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1 NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



# <u>Factura Electronica de Venta ONCF120274</u>

Identificación: NIT	901418364-1	RAL SUMEICOL IPS 1 R LOS LAURELES - MONT	ERIA - CORDOBA			:10.SEP.2021 10:49 :10.SEP.2021 10:50 :10.OCT.2021
Teléfono: E-Mail: utsu	umeicol.aicepsi	i2020@gmail.com				: 9.AGO.2021 :10.AGO.2021
No. Contrato:		Tipo (	Contrato:Evento C	tro Responsa		RAL SUMEICOL IPS
Código ERP:		ADENI ICETH				sión: 0100566896
Paciente: ROME No. Doc.: 104049 Dirección: BARRIO Médico: JUDY A	9859 O PIEDRAS BL	Tipo Doc.: TI ANCAS NO TIENE NOMEN	Teléfono: 3117 ICLATURA - EL BAGRE		No. Poliza; Autorización: 852	
Código	Descripción	PATERIAL EVERY			<del></del>	Valor Total
Area Funcional:	01	CONSULTA EXTERNA				
14	MATERIALES	S E INSUMOS				21,330.00
			<u></u>	Subtotal	Area >>>	21,330.00
Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA				
14	MATERIALES	S E INSUMOS				4,031.00
15	MEDICAMEN					38,040.00
	•					
		· <del></del>		Subtotal	Area >>>	42,071.00
<u> Area Funcional:</u>	09	HOSPITALIZACION PIS	O 2 T1			
03	CONSULTAT	MONITORIZACION Y PRO	CEDIMIENTOS DIAGNOSTICO	S		156,370.00
13		DE APOYO EN LA ATENC				253,700.00
14		S E INSUMOS				50,000.00
15	MEDICAMEN	NTOS POS				15,140.00
19	LABORATOR	RIO CLINICO				249,000.00
		. –		Subtota	Area >>>	724,210.00
Area Funcional:	72	UCI ADULTO INTENSIV	O PISO 3 T2			
02	IMAGENOLO	OGIA Y RADIOLOGIA				47,200.00
		_	<del>.</del>	Subtota	Area >>>	47,200.00
			VALOR S	ERVICIOS:		834,811.00
				COPAGOS:		0.00
			VALOR PAGO COM			0.00
		<b>⊢</b>		SCUENTO:		0.00
		l	VALOR DE	SCOENTO.		

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF120274

Cód, Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 10.SEP.2021 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 10.SEP.2021 10:50 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 10.OCT. 2021 Teléfono: Cubre Desde: 9.AGO.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:10,AGO,2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUME! COL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100566896 Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH Teléfono: 3117047996 No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: T! No. Poliza: Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Autorización: 852 Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ Valor Total Código Descripción TOTAL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS CON CERO CENTAVOS 834,811.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. izada para firmar y Se hace constar que la firma distinta al com-Afiliado: oto esta factura Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2019. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

Forma de Pago: Credito

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

COPIA 3



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fechal Or 11

10/03/73 13.23(6)

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

Diry Tel: CALLE | Nº 4-50, 239968 Administrationa: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA -

07/08/2007 Edad: 14 oños, 0 meses y 3 de 1 Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono (1991) I

Contrato: 524 MODAUDAD EVENTO

Prestador del Servicto Dirección y Telétono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 4 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

06 ESTANCIAS

अंग्रिका स्ट्रांस artificate:

06 ESTANCIAS
10A001 INTERNACIÓN COMPLETIDAD ALTA HABITACION UMIFERSONAL (INCLUYE

AISLAMIENTO)

Total Servicios:

Quien Ayloriza

MONICA FAJARUO ARGEI firma Realizó

filma Paciente



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP 3795932 Fecha: 10/08/2021 Hora.

<del>_</del>	•
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGEN	IA DEL CAUCA CODIGO EPSIO3
VFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36	C C Número
C-145 0407704	The second secon
CORDOBA  Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	23 Municipio MONTERIA 101
	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y AL CALLOMPLEJIDAD
DOMERO	OS DEL PACIENTE
- July -	KAREN LICETH
Ter Apellido 2do Apellido Tipo Documento de Identificación	1er Nombre (2do 1 v de
pmi Dantai, pp. 1	duía de Extranjeria No Documento de Identificación fidad
☑ Tarjeta de klentidad ☐ Adulto Sin Identificación	dula de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	07/08/2007 SUP 314 1 (OTAL
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Fecha de Nacimiento MOL4 1970 SUBSIDIO
Departamento ANTIOQUIA	Telét 10
Toldiana Calular	05 Municiple EL BAGRE 250 生态等
Solico Ciodionico	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ICIOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	<u></u>
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACI	ON Came (C
Urgencias	
Manejo lotegral Según Guín de: Código CUPS Cantidad Descripción	
	Especiatid I SION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Fecha: 2021-08-10 Hora: 9 ' ) OS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la	
Semanas de affliación del paciente a la solicitud de la autorización	
Recaudo del prestador Concepto <u>V</u> alor en	Transferra de indeste, como o vale de liver
Cuota Moderadora	Porcentaje (%) Valor Máximo (i _ irr ) ru pesos
☑ Copago	0.00 € 0.00 €
Cuota de Recuperación	
Nombre de quien autoriza	E LA PERSONA QUE AUTORIZA
DIANA CAROLINA PAZ CERON	Teléfono
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular;
FOM 09/08/2021	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la iPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Tanina a 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344

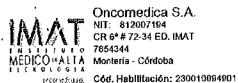
**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autometenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

Cod. Habilitación: 230010094901

#### Factura Electronica de Venta ONCF120510

receivateuro. Co	d. Habilitación: 230010094901	Factura Electronica d	<u>e Venta ONCF1205</u>	10
Nombre Cliente: UN	ON TEMPORAL SUMEICOL IPS	VTERIA - CORDOBA	Fecha Validaci	ón: 10.SEP.2021 16:02 ón: 10.SEP.2021 16:06
Teléfono:			Fecha Vencimier	de: 28.JUL.2021
	melcol.aicepsi2020@gmail.com	0		sta: 9.AGO,2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo	o Contrato:Evento Otro	Responsable:UNION TEM	PORAL SUMEICO IPS
Paciente: JUMI S	APIA WILLER		No. Adı	nisión: 0100555745
No. Doc.: 1039654 Dirección: COMUN		Teléfono: 3205342149 DO	No, Poliza: No Autorización: 690	
Código	Descripción			Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA			
14	MATERIALES E INSUMOS		•	60,458.00
15	MEDICAMENTOS POS			6,596,410.00
99	QUIMIOTERAPIA			541,100.00
	-	·	Subtotal Area >>>	7,197,968.00
Area Funcional:	07 URGENCIAS			-
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		39,600.00
14	MATERIALES E INSUMOS			21,330.00
19	LABORATORIO CLINICO			194,600.00
31	ECOGRAFIAS			78,700.00
	-		Subtotal Area >>>	334,230.00
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PI	ISO 2 T1		
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		512,770.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATEN	ICION DE SALUD		1,775,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS			372,639.00
15	MEDICAMENTOS POS			650,671.00
19	LABORATORIO CLINICO			186,000.00
	-		Subtotal Area >>>	3,497,980.00
Area Funcional:	16 CIRUGIA			
01	CIRUGIAS GENERALES			36,000.00
	-		Subtotal Area >>>	36,000.00
Area Funcional:	68 UC! PEDIATRICA PIS	O 3 T2		
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		405,900.00
05	* * * * * * * * * * * * * * * *	RANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		457,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS			421,254.00
15	MEDICAMENTOS POS			237,243.00
19	LABORATORIO CLINICO			348,000.00
	· -		Subtotal Area >>>	1,869,697.00
Area F <u>uncional:</u>	69 UCI PEDIATRICO INT	ERMEDIOS PISO 4 T2		
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATEN	NCION DE SALUD		2,632,000.00
15	MEDICAMENTOS POS			68,782.00
09	AMIRANDAR Clinlos	COPIA 3		Pág. No.: 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344

Montería - Córdoba

#### **HOSPITALIZACION PISO 2 T1**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

# Factura Electronica de Venta ONCF120510



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUI Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS L/ Teléfono:		ORDOBA		Fech	Generación: 10.SEP a Validación: 10.SEP Vencimiento:10.OCT	.2021 16:06
E-Mail: utsumelcol.aicepsi2020@gr	mail.com			C	ubre Desde: 28.JUL	· .
No. Contrato:	Tipo Contrato:E	Evento	Otro		Hasta: 9.AGO	
Código ERP:	·			Responsable:UN	ON TEMPORAL SU	MEICO IPS
Paciente: JUMI SAPIA WILLER					No. Admisión: 01	00555745
No. Doc.: 1039654124 Tip Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADO Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RU	o Doc.: TI LLANA - MURINDO JIZ	Teléfono: 3	205342149	No. Poli No. Autorizaci	ión: 690	·
Código Descripción						Valor Total
19 LABORATORIO CLIN	CO				20	0,400.00
				Subtotal Area >>	> 2,90	1,182.00
		VALO	R SERVICIO	DS:	15,83	7,057.00
		VALC	R COPAGO	OS:		0.00
	V/	ALOR PAGO C	OMPARTIE	OO:		0.00
•		VALOR	DESCUENT	ГО:		0.00
		VALOR TOT	AL FACTUR	RA:	15,83	7,057.00
TOTAL						· · — · — · · · · · · · · · · · · ·
QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS TRE	NTA Y SIETE MIL CINCUE:	NTA Y SIETE PES	OS CON CER	O CENTAVOS ***	15,83	7,057.00
La presente factura electrónica de venta de compre servicios a entera satisfacción.	aventa se asimila en sus efectos				ratante declara haber re	
Afiliado:	190 3 7 7 7	Se hace conster que la recibir, confesar la deu	ofirma distante blood ida y de il da al control FECHA RECIE	A South	A ceptor asia autorizada la mercalica Acepto esta i	para firmer y actura.
Firma	Pina 194.6		REUN	Firma		
Autorización Numeración de Facturación Ele	ectrónica Dian N° 187630023	337408 del 04/12/2	019 al 04/12/2	021.Vigencia 24 m	eses, Prefijo ONCF o	iel

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3788316

Fecha: 05/08/2021

Hot 🕝 🖖

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DE	L CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAR	
	31 발명함 Municiplo MONTERIA 001 분석 기
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y AL LA COMPLEJIDAD
	DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1er Apellido 2do Apellido Tipo Documento de identificación	1er Nombre 200 r
——————————————————————————————————————	de Extranjeria No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	
Cédula de Cludadania Menor Sin Identificación	19/06/2014 SUP DEFICIAL Fecha de Nacimiento MOR TUMO SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	TelM · n
Departamento ANTIQUIA	05 COM Municipio MURINDO 175
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIOS	AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cans: ()()
Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Descripción	Especialide 1.
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION I	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-05 Hora. 1)
	OMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	ad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de page ( )
Recaudo del prestador Concepto Valor en pes	os Porcentaje (%) Valor Máxinu (++ po) en pesos
Cuota Moderadora	.00 € 0.00 €
☑ Copago 0 ☐ Cuota de Recuperación	0.00 €
Olro	
INFORMACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM 05/08/2021	
	ĺ
	·
Esta ordén d	e servicio es úglica e intransferlivie

Esta orden de servicio es única e intransferible Soto valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagigara 1 de 1



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3794135

Fecha: 09/08/2021

Hota 1369 3

Unimaia 1 de 1

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAG	O ASOCIACION INDIGENA DEL	CAUCA	CODIGO EPSIO3
NFORMACION DEL PRESTADOR (A	ulorizado)		NIT [2] 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEIO	OL IPS		C C Número
Código 9014183641 Dirección	del Prestador CALLE 42 10A 36 BAR	RIO LOS LAU	
Teléfono 3137764435 Departamento	CORDOBA 2	3	viunicipio MONTERIA ID1
Correo: utsúmeicol.aicepsi2020@gm	all.cor Contrato: 524-2021	RECUPI	ERACION DE LA SALUD MEDIANA Y AL LA COMPLEJIDAD
	DATOS D	EL PACIENT	E
JUMI	SAPIA	WILLER	
1er Apellido	2do Apellido		1er Nambre 2do 1 value
Tipo Documento de Identificación	·		1039654124
Registro Civil	Pasaporte	le Extranjeria	No Documento de Identificación (1.1ad).
Tarjela de Identidad	Adulto Sin Identificación	•	19/06/2014 SUD ( (10 TOTAL
Cédula de Cludadanfa	Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento MOL (LIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual M	URINDO .		
Departamento ANTIOQUIA		05 indiana.	Municipio MURINDO 175
Teléfono Celular	Correo Electrónico		
	SERVICIOS	AUTORIZAD	008
Ubicación del paciente al momento d	e le solicitud de la autorización		
-	clón Servicio HOSPITALIZACION		Cam
Urgencias	TOUR TRANSPORT		
Manejo Integral Según Guía de:		-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Código CUPS Cantidad Descrip	ción .	٠.	. Especialide I
10A001 1 INTERNA	ACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION L	INIPERSONAL	(INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGI	EN: 1		Fecha; 2021-08-09 Hora: 1' ?
	PAGOS C	OMPARTIDO	08
Porcentaje del valor de los servicios d	le esta autorización a pagar por la entid	ad responsabl	le del page % 100
Semanas de afiliación del paciente a	la solicitud de la autorización 0		Reclamo de tiquete, bono o vale de paper 11
Recaudo del prestador Concept	o Valor en pes	os	Porcentaje (%) Valor Máximo (11 pp.) en pesos
☐ Cuota Me			
☑ Copago		.00 €	0.00 €
Cuola de Otro	Recuperación		
	INFORMACION DE LA	PERSONA C	RUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza		Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑ	A		
Cargo o actividad: AUX REFERENC	IA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Ce	elular:
FOM 09/08/2021			
		-	•
•			
	Esta ordén d	ie servicio es ú	inica e intransferible

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3797254

Fecha: 10/08/2021

Hora: 3773-49

	<u> </u>
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA D	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 🔀 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	
	23 FOR ES Municipio MONTERIA 004 STREET
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALCONOMICADO
	DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1er Apellido . 2do Apellido	1er Nombre 2de (1911)
Tipo Documento de Identificación	1039654124
Registro Civil Pasaporte Cédula	n de Extranjeria No Documento de Identificación Estad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	19/06/2014 \$UP (44 + 107AL
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MOUSTE / D SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilual MURINDO	Tel <sup>6</sup> (
Departamento ANTIOQUIA	06 Municipio MURINDO 475 TOTALE
Teléfono Celular Correo Electrónico	MOKINGO MOKINGO
SERVICIO	DS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Monterito de la solicito de la autolización  HOSPITALIZACION	
Urgencias Hospitalización	Cano (10
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialida
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	. Fecha: 2021-08-10 Hora: 10
PAGOS	COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent	idad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de tiquete, bono o vale de para [1]
Recaudo del prestador Concepto Valor en pe	The state of the s
Cuota Moderadora	
☑ Copage	0.00 € . 0.00 €
Cuola de Recuperación	
	A DECOCULA CHE ALL TRACES
Nombre de quien autoriza	A PERSONA QUE AUTORIZA Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	J Elelono
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM 28/07/2021 VALIDA PARA 106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMED	
THE PARTY OF THE P	TO T CONTINUED
•	
	· ·
<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Seta ordán	da sendejo se único e intranefeciblo

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Fautoa la 1 de 1



Contrato:

# UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

er ha Orden

26/07/2021

11.20:38 AM

Nil: 901418364-1 - Codigo: 9014183641 MONTERIA - CORDOBA Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Orden de Servicios No. Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 Administractora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad : 7 años, վ ուշարկ 7 dias

Sandiford :

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Februario 23996

្សីមាត់ប

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 033101

**524 MODALIDAD EVENTO** 

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

VALOR 318,000

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos ĎЗ

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL 992502

SOAT -35 %

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Elima Par



#### **UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS** Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

ha Orden 26/07/2021

D 20:38 AM

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

19/06/2014 Edad: 7 años, 1 1 2 2 7 días

Contrato:

Administrationa: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 81700 1773-3 CALLE 1 Nº 4-50

Jefeno 23996

Prestador del Servicio **Úlrección y Teléfono:** 

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

**建二块树**面1000

033101

विभागानी है।

Ó3

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) VALOR 318,000

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

SOAT -35 %

992505

POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

SOAT -35 %

**Total Servicios:** 

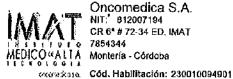
ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firms Par



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos de retención en la fuente.



UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

Teléfono:	L 42 10 A 3	S BRR LOS LAURELES - MONTEI	RIA - CORDOBA			ación: 22,SEP.2021 14:3 lento: 22,OCT.2021
	sumeicol.ai	cepsi2020@gmail.com				esde:17.AGO.2021
No. Contrato: Tipo Cont Código ERP:			ntrato:Evento	Oiro	Responsable:UNION TEM	PORAL SUMFICOL ID
Paciente: ROM	ERO SERI	PA KAREN LICETH	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		·	dmisión: 010056715
No. Doc.: 10404 Dirección: BARRI Médico: ALFRE	IO PIEDRA	Tipo Doc.: TI S BLANCAS NO TIENE NOMENC IUE DE LA HOZ PASTOR	Teléfono: LATURA - EL BAGRE	3117047996	No. Poliza: No. Autorización: 380	
Código	Descripc				110:710:01120:0011: 000	Valor Total
Area Funcional:	01	CONSULTA EXTERNA				
14	MATERI.	ALES E INSUMOS				71,330.00
Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA			Subtotal Area >>>	71,330.00
Tiea Pulicional.	02	QUIMIOTERAPIA				
14	MATERIA	ALES E INSUMOS				14,796.00
15	MEDICA	MENTOS POS				1,435,855.00
99	QUIMIQT	ERAPIA				541,100.00
					Subtotal Area >>>	1,991,751.00
Area Funcional:	07	URGENCIAS	<del></del>	¥		1,991,161,00
02	IMAGEN	DLOGIA Y RADIOLOGIA				47,200.00
03	CONSUL	TA MONITORIZACION Y PROCEI	DIMIENTOS DIAGNOS	TICOS		37,570.00
13	SERVICE	OS DE APOYO EN LA ATENCION	I DE SALUD			162,600.00
19	LABORA	TORIO CLINICO				208,900.00
						200,900.00
rea Funcional:	16	CIRUGIA			Subtotal Area >>>	456,270.00
01	CIRUGIA	S GENERALES				36,000.00
		<del></del>		<del></del> .	Subtotal Area >>>	36,000.00
rea Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	2		*	2,105,600.00 260,184.00 459,598.00 161,400.00
13	SERVICIO	OS DE APOYO EN LA ATENCION	DE SALUD			2,105,600.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS				260,184.00
15	MEDICAN	ENTOS POS				459,598.00
19	LABORAT	ORIO CLINICO				161,400.00
				<del></del>	Subtotal Area >>>	
rea Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERME	DIOS PISO 4 T2		Outotal Alea >>>	2,986,782.00
03	CONSULT	A MONITORIZACION Y PROCED	IMIENTOS DIAGNOST	icos		39,600.00
19		ORIO CLINICO	<del></del>			163,200.00
		<del>.</del>			Subtatal Area see	
					Subtotal Area >>>	202,800.00

Oncomedica S.A. 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF124368



Valor Total

0.00

0.00

0.00

5,744,933.00

5,744,933.00

5,744,933.00

Cód, Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 22.SEP.2021 14:38 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 22.SEP.2021 14:39 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 22.OCT.2021 Cubre Desde:17.AGO:2021 E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Hasta:22.AGO:2021 Otro Tipo Contrato: Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100567153 Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3117047996 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza: No. Autorización: 3807578 Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR Descripción Código VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción

Afiliado:



dicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinta al/o ecibir, confesar la deuda y obligar rme la mercancia. Acepto esta factura.

irma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 88/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: \$49398726-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd/9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3807578

Fecha: 18/08/2021

Hora: 15:12:05

NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03					
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT  901418364					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364 C C ☐ Número				
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA					
14	28世紀28世紀 Municiplo MONTERIA 00加度				
Correo: . utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD				
	DEL PACIENTE				
ROMERO SERPA	KAREN LICETH				
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre				
ipo Documento de Identificación	1040499859				
☐ Registro Civit ☐ Pasaporte ☐ Cédula	a de Extranjería No Documento de Identificación Edad				
☑ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto SIn Identificación					
Cédula de Ciudadanía 🔲 Menor Sin Identificación					
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA					
Departamento ANTIOOUIA	Teléfono  OS Município El BAGRE ORGINISMO				
eléfono Celular Correo Electrónico	Municipio EL BAGRE   286世紀第三				
	OS AUTORIZADOS				
	AUTORIEROUS				
Jbicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Urgencias	Cama DO				
Manejo Integral Según Guía de:					
Sodigo CUPS Cantidad Descripción	P				
90402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICAS Especialidad				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-18 Hora: 15:12				
	Fecha: 2021-08-18 Hora: 15:12  COMPARTIDOS				
orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enti-	dad responsable del pago % 100				
emanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	····				
ecaudo del presiador Concepto Valor en pa	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos				
Cuota Moderadora	sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos				
· <b>&gt;</b> .	0.00 € 0.00 €				
Cuota de Recuperación					
Olro					
ombre de quien autoriza	A PERSONA QUE AUTORIZA				
HANA CAROLINA PAZ CERON	Teléfono				
argo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:				
OM 18/08/2021 VALIDA PARA					
0A004 1 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS	CAMAS				
TEM TEM SOATING O MAG	CAWAS				
•					
<b>=</b> 4	le servicto es única e intransferible				

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3815682

. Fecha: 24/08/2021

Hora: 12:57:36

<del></del>					
NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DI	EL CAUCA CODIGO EPSI03				
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT   901418364					
lombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número				
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAI	The state of the s				
correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD				
	DEL PACIENTE				
ROMERO SERPA	KAREN LICETH				
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre				
lipo Documento de Identificación	1040499859				
Registro Civil Pasaporte 🗖 Cédula	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad				
☑ Tarjeta de identidad ☐ Adulto Sin Identificación					
Cédula de Cludadanía Menor Sin Identificación	07/08/2007 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO				
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Teléfono				
Departamento ANTIOQUIA	08列即以2000年1月 Municipio EL BAGRE 260以前以2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年1月 260以前的2000年				
eléfono Celular Correo Electrónico					
SERVICIO	S AUTORIZADOS				
Jblcación del paciente al momento de la solicitud de la autorización   Consulta Externa   Hospitalización Servicio   HOSPITALIZACION   Urgençias	Cama				
Manejo Integral Según Gula de:  Sódigo CUPS Cantidad Descripción  1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	Especialidad				
	MEDICAS				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-24 Hora: 12:57				
orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid					
emanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reciamo de tiquete, bono o vale de pago				
Cuota Moderadora	0.00 \$ O.00 \$ Valor Máximo (Tope) en pesos				
INFORMACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA				
ombre de quien autoriza	Teléfono				
ORENA MUELAS PECHENE					
argo o actividad: AUX DE ENFERMERIA Teléfono Celular:					
FOM 24/08/2021 ONCOMEDICA S.A. /ALIDA PARA 106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO	INTERMEDIO PEDIÁTRICA				

Esta ordén de servicio es única e intransferible Sofo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 63 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

# Factura Electronica de Venta ONCF124371

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 22.SEP.2021 14:44 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 22.SEP.2021 14:45 Dirección: CL 42·10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento; 22.OCT, 2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde:20.AGO.2021 Hasta:21,AGO:2021 No. Contrato: Otro Tipo Contrato:Evento Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100574374 No. Doc.: 1040499859 Tigo Doc.: TI Teléfono: 3117047996 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 0687 Código Descripción Valor Total Area Funcional: UČI PEDIATRICA PIŜO 3 T2 68 LABORATORIO CLINICO NO PBS 1,060,000.00 Subtotal Area >>> 1,060,000.00 VALOR SERVICIOS: 1,060,000.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 1,060,000.00 TOTAL UN MILLON SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS 1,060,000.00 CUFE:762fc0aadb48c5450d572ca979fdc1afd45ef0c38d3315c18387 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Afiliado: Se hace constar que la firma distinta el con rsona está autorizada para firma, y nercancia. Acepto esta factura. Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/4/2/2039. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126/6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

69



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 26/07/2021 11:06:53 AM

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

687

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

07/08/2007 Edad: 13 años, 11 meses y 19 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

Desaripción

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

905504

METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Total Servicios:

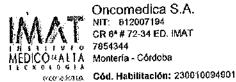
ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



# Factura Electronica de Venta ONCF124806

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

No. Contrato:

Código ERP:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 24.SEP.2021 Fecha Validación: 24.SEP.2021 9:04 Fecha Vencimiento:24.OCT.2021

Cubre Desda: 7.SEP:2021

Hasta: 14.SEP.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS No. Admisión: 0100571169

Paciente: ARRO'	YO OLEA SANTIAGO		NO. Admin	Mail: 0100011100
No. Doc.: 103910 Dirección: BARRIO		Teléfono: 3218972275	No. Poliza: No. Autorización: 1326	
Código	Descripción			Valor Total
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1			
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS	DIAGNOSTICOS		237,585.00
	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION			166,600.00
07		<b>n</b>		761,100.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALU	U		•
14	MATERIALES E INSUMOS			415,229.00
15	MEDICAMENTOS POS			1,002,906.00
		··	Subtotal Area >>>	2,583,420.00
Area Funcional;	16 CIRUGIA  MPI ANTACIÓN DE CATÉTER VEN	OSO SUBCLAVIO O FEMO	RAL Valor Servicio	o Qx

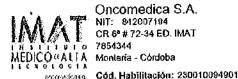
<u>Area Funcio</u> <u>Cirugia</u>	38910	S23202 S41101 S41201 S55104	DE 41 HASTA 50 UVR ESPECIALISTAS DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS O GINECOOBSTÉTRICAS ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA DE 41 HASTA 50 UVR	Valor Servicio Qx 83,408.00 95,250.00 72,000.00 67,958.00
	01	S55104 CIRUGIAS G	· · · ·	318,616.00

No. Doc : 1039106	8552 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3218972275	No. Ext.
Dirección: BARRIO	EL CARITO CALLE PRINCIPAL - NECOCLI	No. Poliza: Autorización: 1326
	DO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No.  Descripción	Valor Total
Código rea F <u>uncional:</u>	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	237,585.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	166,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	761,100.00
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	MATERIALES E INSUMOS	415,229.00
14 15	MEDICAMENTOS POS	1,002,906.00
		2 502 400 00
		al Area >>> 2,583,420.00
ea Funcional;	16 CIRUGIA  11C IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	Valor Servicio Qx
Cirugia 38910	S23202 DE 41 HASTA 50 UVR	83,408.00
	S41101 ESPECIALISTAS DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS O GINECOOBSTÉTR	RICAS 95,250.00
	S41201 ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA	72,000.00
	\$55104 DE 41 HASTA 50 UVR	67,958.00
01	CIRUGIAS GENERALES	318,616.00
	Subtot	ial Area >>> 318,616.00
<u>rea Funcional:</u>	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	81,845.00
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	1,579,200.00
. 13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	674,606.00
14	MATERIALES E INSUMOS	•
15	MEDICAMENTOS POS	1,030,167.00
19	LABORATORIO CLINICO	139,400.00
21	GASES MEDICINALES	254,100.00
	Subtol	tal Area >>> 3,759,318.00
rea Funcional:	69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	-
	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	526,400.0
13		•
14	MATERIALES E INSUMOS	78,674.00
19	LABORATORIO CLINICO	153,450.0

842,146.00
7,503,500.00
0.00
0.00
0.00
7,503,500.00

GASES MEDICINALES

83,622.00



Oncomedica S.A. CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

### Factura Electronica de Venta ONCF124806

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

COPIA 3

Fecha Generación: 24.SEP.2021 Fecha Validación: 24.SEP.2021 9:04

Fecha Vencimiento: 24.OCT. 2021

Cubre Dasde: 7.SEP.2021 Hasta: 14.SEP,2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100571169

Paciente: ARROYO OLEA SANTIAGO

No. Doc.: 1039106552

Tipo Doc.: RC Dirección: BARRIO EL CARITO CALLE PRINCIPAL - NECOCLI Teléfono: 3218972275

No. Poliza:

No. Autorización: 1326

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Descripción Código

Valor Total

TOTĂL

SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\*

7,503,500.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

09

Se hace constar que la firma distinte at comprador le que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, contesar la deuda y obligar al contra

ia 24 meses, Prefijo ONCF del

tware: TFHKA CO900390126 SoftwareID:

Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NEO

Forma de Pago: Credito

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nft: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 07/09/2021 03:20:59 p.m.

uarlo: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIGO

Orden de Servicios No.

y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

1326

Iministradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

22/06/2021 Edad: 0 años, 2 meses y 28 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 2399&

.524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

ESTANCIAS

hestador del Servicio

Dirección y Taléfono:

SMO1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

**Total Servicios:** 

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Auloriza

M<u>onica fajardo argel</u>

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

fecha Orden 09/09/2021

12:09:38 p. m.

suario: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIGO

Orden de Servicios No.

1120

y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

dministradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO .

22/06/2021 Edad: 0 años, 2 nieses y 17 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

ontrato:

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED: IMAT . Telélono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

MPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL +

Total Servicios:

Quien Auloriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Filma Pactente



UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS

Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 15/09/2021 05:57:43 p. m.

suario: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIGO

Orden de Servicios No.

1175

ry Tel: CALLE I № 4-50 239968

dministradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

22/06/2021 Edad : 0 años, 2 i 📑 vy 23 dfas

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Heliotono 23996

Prestador del Servicio Dirección y Telélono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

**ESTANCIAS** 

16M0) INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

Quien Avioriza

MONICA FAJARDO ARGEI

Firma Realizó

ofnelops pmili



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3843290

Fecha: 09/09/2021

Hora: 1592:36

TIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACIÓN INDIGENA D	EL CAUCA CODIGO EPSIO3
ORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	
mbre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT
digo 9014183641 Dirección del Presiador CALLE 42 10A 36 BAI	
Sinna 342770442F D	23 Municipio MONTERIA 001
reo: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
ROYO OLEA	SANTIAGO
1er Apellido 2do Apellido	
o Documento de Identificación .	
Registro Civil Pasaporte [**] Cédula	de Extranjeria No Documento de identificación Erlad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	
Cédula de Cludadania Menor Sin Identificación	22/08/2021 SUBCIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODAI IDAD SUBSIDIO
ección de Residencia Habitual CORREGIMIENTO VILLA SONIA	
partamento ANTIQUIA	Teléfono 3106164302
éfono Celular Correo Electrónico	95 Municiplo NECOCLI 4903 M LSF
	S AUTORIZADOS
icación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	OAUTORIZADOS
Consulta Externa	Cana (1)
mejo Integral Según Guía de:	
digo CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
0402   INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-09 Hora: 12:02
PAGOS (	COMPARTIDOS
centaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	dad responsable del pago % 100
nanas de affliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
audo del prestador Concepto Valor en per	
Cuola Moderadora	
	0.00 \$
Cuola de Recuperación	
	A PERSONA QUE AUTORIZA
nbre de quien autoriza	Teléfono
NA CAROLINA PAZ CERON	-
go o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:
M 07/09/2021 VALIDA PARA .	
9101 1 Implantación de cáfeter subclavio, femoral, yugular o peri	loneal por punción
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,
• •	
_	
	le servicio es única e intransferible
Ifma del Pacionto	lida en la IPS autorizada ORIA MEDICA SEVALIDEZ do DIACS

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paqigata 1 de 1



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3853292

Fecha: 15/09/2021

Hora: 13/23:29

TIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGE	NA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
ORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	27000
mbre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364
digo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 3	6 BARRIO LOS LAURELES
efono 3137764435 Departamento CORDOBA	
reo: utsumelcol.alcepsl2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	001
	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y AI / COMPLEJIDAD
ROYO OLEA	TOS DEL PACIENTE
1er Apellido 2do Apellido	SANTIAGO
о Documento de identificación	fer Nombre 2da Hambra
Production Ob ill	dula de Extranjeria No Documento de Identificación Eviad
Tarjeta de Identificación Adulto Sin Identificación	Adula de Extranjería No Documento de Identificación Erlad
Cédula de Cludadania Menor Sin Idenlificación	22/06/2021 SUBSIDIO TOTAL
	Fecha de Nacimiento MODAVIDAD SUBSIDIO
THE TOTAL	Teléfe-to 3106164302
The second secon	05 Table Municiple NECOCLI 490:500-149.1
éfono Celular Correo Electrônico	
SERV	ICIOS AUTORIZADOS
icación del paciente al momento de la solicitud de la autorización Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZAC Urgencias anejo Integral Según Guía de: digo CUPS Cantidad Descripción 3402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDA	Fenecialidad
THE STATE OF	DES MEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-15 Hora: 16:73
	OS COMPARTIDOS
rcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la manas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización caudo del prestador Concepto Valor el Cueta Moderadora Copago Cueta de Recuperación	Reclamo de líquete, bono o vele de pago  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  0.00 \$
Tibre de quien autoriza	E LA PERSONA QUE AUTORIZA.
ANA CAROLINA PAZ CERON	Teléfono
go o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:
OM 15/09/2021 VALIDA PARA 6M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERM	
Esta oro	dén de sarvicio es única e intramaterible

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginala 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: \$12007194 CR 61 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monterfa - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF124851



ldentifica Direct Telá	ición: NI7 ción: CL ifono:	Г 9014183 42 10 A 36	BRR LOS LAURELES - M			Fecha Validación Fecha Vencimiento	
E-f		umeicol.aice	psi2020@gmail.com -	Tipo Contrato:Evento	Otro		e: 10.SEP.2021 a: 13.SEP.2021
Código <b>E</b>				·		Responsable:UNION TEMPO	RAL SUMEICOL IPS
			O JESUS ELIAS			No. Adm	Íslón: 0100572080
	: COMUN	IIDAD INDE	Tipo Doc.: RC GENA SAMINDO - CHIGO REZ BOHORQUEZ		no: 3104949432	No. Poliza; No. Autorización: 1164	Valor Yotal  483,070.00 125,255.00 109,623.00 165,000.00  882,948.00  1,052,800.00 238,466.00 212,779.00 498,738.00 150,262.00 2,153,045.00  526,400.00 272,916.00  799,316.00 3,835,309.00
Código		Descripcio					Valor Total
Area Func	ional:	09	HOSPITALIZACION	PISO 2 T1			
•	03	CONSULT	TA MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS DIAGI	NOSTICOS		483,070.00
	14	MATERIA	LES E INSUMOS				125,255.00
(	15	MEDICAN	MENTOS POS				109,623.00
	19	LABORAT	TORIO CLINICO				165,000.00
						Subtotal Area >>>	882,948.00
Area Funci	ional:	68	UCI PEDIATRICA P	PISO 3 T2			002,840.00
						•	
	13		OS DE APOYO EN LA AT	ENCION DE SALUD			1,052,800.00
	14		LES E INSUMOS				238,466.00
	15		MENTOS POS				212,779.00
	19		ORIO CLINICO				498,738.00
	21	GASES M	IEDICINALES				150,262.00
						Subtotal Area >>>	2,153,045.00
<u>Area Funci</u>	ional:	69	UCI PEDIATRICO II	NTERMEDIOS PISO 4 T2			
	13	SERVICIO	OS DE APOYO EN LA AT	ENCION DE SALUD			526,400.00
	21	GASES M	EDICINALES				272,916.00
(							-
						Subtotal Area >>>	799,316.00
				V.	ALOR SERVICI	OS:	3,835,309.00
					ALOR COPAG	OS:	0.00
				VALOR PAG	O COMPARTI	DO:	3,835,309.00 0.00 0.00 0.00 3,835,309.00
				VAL	OR DESCUEN	TO:	0.00
				VALOR	TOTAL FACTU	RA:	3,835,309.00

Clintos

Oncomedica S.A. NIT: \$12007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF124851

HOSPITALIZACION PISO 2 T1



Nombre Cliente: UNION TEMPOF Identificación: NIT 901418364- Dirección: CL 42 10 A 36 BRI Teléfono:		CORDOBA		Fecha Valid	ación: 24.SEP.2021 10:31 ación: 24.SEP.2021 10:35 ilento: 24.OCT,2021
E-Mail; utsumeicol.aicepsi:	2020@gmail.com			Cubre D	esde: 10.SEP,2021
No. Contrato:	Tipo Contrat	o:Evento	Otro	ŀ	fasta: 13.SEP,2021
Código ERP:	,			Responsable:UNION TEM	MPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: DOMICO DOMICO J No. Doc.: 1038825194 Dirección: COMUNIDAD INDIGEN Médico: JOHN FREDY PEREZ	Tipo Doc.: RC IA SAMINDO - CHIGORODO	Teléfono:	3104949432	No. A No. Poliza: No. Autorización: 11:	dmisión: <b>01</b> 00572080 64
Código Descripción TOTAL	(				Valor Total
La presente factura electrónica de venta dos a entera satisfacción.	** **** **** **** **** **** ****	** **** **** ****			3,835,309.00 declara haber recibido los
Afiliado: Firma	Vengeder VEDICO DI ALI Oncomedica INT. H12H07394- Firma		e la firma distinta al deserva y obtigar al co	compredent bone que dicha person ntratació Recito donorpo la mercar Figura	a está autorizada para firmar y ncia. Acepto esta factura.
Autorización Numeración de Factura consecutivo ONCF1 al ONCF200000 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f66 Forma de Pago:Credito	ción Electrónica Dian Nº 1876300 ), Proveedor tecnológico: The Fac 1767	02337408 del 04/12 lory HKA Colombia	14019 al 04/12/ NIT: 900380 (2	2021 Nigericia 24 meses, F 6-6 Soltware: TFHKA_COS	refijo ONCF del 900390126 SoftwareID:
Forma de Pago:Credito	Medio de Pago: Tran	sferencia Electrónio	a RES	Plazo: 30 Días	

UNION TEMPORAL SUMBICOLIPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

∵thα Orden

17/09/2021

Usuario: RC 1038825194 DOMICO DOMICO JESUS ELIAS

<sup>пен</sup> П:05 а. <mark>т</mark>.

Orden de Servicios No.

1164

Diry Tel: CALLE | Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

04/12/2018 Edad : 2 años, 9 n may 10 días

Contrato:

Nft 817001773-3 CALLE 1 № 4-50 - Februo 23996

Prestador del Servicto

Dirección y Teléfono:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT-Telétono: 7854344

PER PROPERTY OF THE PERSON OF

ESTANCIAS

107/MO) INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

Tolal Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Finna Realizó

Firma Par

#### bedat Orden Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 12/09/2021 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 23:37 a.m. MONTERIA - CORDOBA Usuado: RC 1038825194 DOMICO DOMICO JESUS ELIAS Orden de Servicios No. 1151 Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 04/12/2018 Edad : 2 años, 3 - 3 y 9 días Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nít 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 -1 1-no 2399€ Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servició INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459 drom, billio Edonosia ESTANCIAS INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO Total Servicios:

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

ANGELICA MARTINEZ RIAZA Quien Auloriza

MONICA FAJARDO ARGEL Flima Realizó

Firms Po



### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3849751 Fecha: 14/09/2021

Hotes

MTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIA	CION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	
"ombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT [☑] 901418361 CC ☐ Número
odigo 9014183641 Dirección del Prestador CA	LLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES
9 <sup>l</sup> éfono 3137764435 Departamento CORI	OCBA 23 Montable HOLDER
orreo: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato:	24-2021 SECTIBERACION DE LA CALUB MEDIANA
	DATOS DEL PACIENTE
OMICO DOMICO	
1er Apellido 2do Aj	JESUS ELIAS
Tipo Documento de Identificación	2411
有 Registro Civil	1038825194 Cédula de Extranjeria No Documento de identificación
Tarjela de identidad Adulto Sin Identifi	Cedura de Extranjeria No Documento de identificación Later
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identifi	eaclón 04/12/2018 S181 ** > COTAL
	Fecha de Nacimiento MOP (1940) SUBSIDIO
	a / c
Acidone Calula	05 Municipio CHIGORODO I
Gol	reo Electrónico
	SERVICIOS AUTORIZADOS
J Urgencias Manejo Integral Según Guín de: ortigo CUPS Cantidad Descripción	Especialid Country
A TELEVISION EN ONIDAD D	COLUMBO INTERMEDIO ADULTO
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-14 Hora: 8.7 PAGOS COMPARTIDOS
Cicentaje del vator de los servicios de esta autorización	
emanas de afiliación del paciente a la solicitud de la auterado del prestador Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación  Otro	pagar por la enilidad responsable del pago % 100  Prización 0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pro 1  Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo ( ) pesos 0.00 \$ 0.00 \$
INF	DRMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA
embre de quien autoriza	Telélono
IANA CAROLINA PAZ CERON  sugo o actividad: ATENCION COMUNERO	
	Teléfono Gelular;
*OM 13/09/2021	

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

<sup>1 годиа</sup>та 1 de 1

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUB

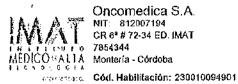
THE STATE OF	AUTORIZA	VOIDIA DE REKAÎC	HOS DE SAN	LUD		
L,	NUMERO AUTORIZACION POP	3846001	Fecha:	12/09/2021	Hote	1.60
TIDAD RESPO	ONSABLE DEL PAGO ASOCIACI	ON IMPICEMA DEL PA		<del></del>		,,,,

N HOAD RESPONSA	BLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGEN	NA DEL CALICA	<del></del>	·		
FORMACION DEL PI	RESTADOR (Autorizado)	TA DEE CAUCA		CODIGO	EPSI03	
-lombre UNION TEMPO				_ит ⊡	901418364	-
ódigo 9014183641				cc[	Númem	<del></del> -
: ::	Dirección del Prestador - CALLE 42 10A 36	S BARRIO LOS LA	URELES		<del></del>	
eléfono 3137764435		23	Municipio	MONTE	RIA	001
orreo: utsumalcol.aic	epsi2020@griall.cor Contrato: 524-2021	RECU	PERACION DE LA			PREJIDAD
	DAT	TOS DEL PACIEN				CCJIDAD
*GMICO	DOMICO	JESUS		Terris		·
1er Apellido	2do Apellido		1er Nombre	ELIA		· ·
Hpo Documento de Id	entificación				2de t	1100
列 Registro Civil	☐ Pasaporte ☐ Céd	dula de Extranjeria	1038825194		!	
📑 Tarjeta de Identirlad	Adulto Sin Idonitificación	· · · · · ·	<sup>a</sup> No Documento o	de Identificad	clón	1 ded <sub>e</sub>
] Cédula de Cludadar	nfa Menor Sin Idenlificación		04/12/20	18	544	OTAL
Viección de Posidencia			Fecha de Nacimi		-d MO⊡	TOTO SUBSIDIO
	Habitual CHIGORODO				Teléte	
Fléfono Celular	HOQUIA	05	Municipio CHIO	30RODO	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	179
, eletono ('simst	Correo Electrónico				-	2
· - — —	SERVI	ICIOS AUTORIZA	DOS		The s 100   100	
Urgenclas  Vanejo Integral Según Gr  ódigo CUPS Cantida	Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO  uín de: uti Descripción	ON			Cuma	
190402 1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDAD	DES MEDICAS		E	specialida	<del> </del>
MUMERO DE SOLIC	XTUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-09-			· <del></del> -
	PAGO	OS COMPARTIDO	)S	12	Hora:	· · <del></del>
'orcentaje del valor de lo	os servicios de esta autorización a pagar por la e	entidad responsed	In dol man, or			i
ATTRICTOR OF STREET, STATE OF	l paciente a la solicitud de la autorización	0		10		
ecaudo del prestador	Concepto Valor en		Reciamo de tique			
	Cuota Moderadora	pesos	Porcentaje (%)	Valor	Máximo (15	ਾ pesos
	₹ Copago	0.00 \$	0.00\$	ŧ		
	Cuota de Recuperación		0.00 \$	1	ļ	·
- <del></del>	Olro			1	\. <u>.</u>	
ombre de quien autoriza	INFORMACION DE	LA PERSONA O	UE AUTORIZA	<u> </u>	<del></del>	
DIRIANA LUCIA GUALO		Teléfono				· ———
ergo o actividad: AUX I					<del></del>	· - <del></del>
		Teléfono Cel	lular:			
PEDEN VALIDA PAR OGMO1 1 INTERNA	A CIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERM	EDIO PEDIÁTR	ICO 11/09/2021			
						·
· <del></del>						
•	•					· · · · · · <del></del>

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

<sup>1 ஈரிரசு</sup>ம் 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

#### Factura Electronica de Venta ONCF124947

CARDIOLOGIA NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Nombre Cliente: UNION TEMPO Identificación: NIT 901418364 Dirección: CL 42 10 A 36 8R		A - CORDOBA		:	5n: 24.SEP.2021 14:20 5n: 24.SEP.2021 14:20 to: 24.OCT 2021
Teléfono: E-Mail; utsumeicol.aiceps				Cubre Desc	de:30.AGO.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tapo Conta	rato:Evento	Otro	Has	ta:30.AGO.2021  Responsable:
Paciente: MARTINEZ PITALU No. Doc.: 1037485798 Dirección: SAN JUAN DE URA Médico: 0	Tipo Doc.: Tl	Telé	fono: 314 756 4237	No. Adn No. Poliza: No. Autorización: 43758	nisión: 0100568094
Código Descripción	<u> </u>				Valor Total
Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA				, co
03 CONSULTA	MONITORIZACION Y PROCED	IMIENTOS DIAC	BNOSTICOS		405,900.00 E
			Su	total Area >>>	405,900.00
		1	VALOR SERVICIOS:	!	405,900.00
	<del></del>		VALOR COPAGOS:		വ വ
		VALOR PA	AGO COMPARTIDO:		0.00
		VA	LOR DESCUENTO:	<u>t</u>	<u>,0.00</u>
		VALOF	R TOTAL FACTURA:		405,900.00
TOTAL CUATROCIENTOS CINCO MIL N	OVECIENTOS PESOS CON CE	DO CENTAVOS	**** **** *** *** ***	**** **** ****	% % %
CUATROGENTOS CINCO MIL N	JVECIESTI OS PESOS CON CE	**	•		405,900.00 Ş
La presente factura electrónica de venta servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimila en sus el	ectos a una letra d	e cambio (articulo 5 Ley 1231	de 2008). El contratante deci	ara haber recibido los 202/202/202
Afillado:	Vendedor.		star que la firma distinta al compra sar la deuda y obligar al contratar FACTURACIÓ NIT. 90	te. Recibi conforme la mercancia N UT SUMEICOL	
Firma	Firma		FECHA:	Figure /T TCL	
Autorización Numeración de Factur consecutiv-) ONCF1 al ONCF20000 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f6	00. Proveedor tecnológico: The F 61767	actory HKA Coli	ombia NIT:'900390126-6 \$	Argenca 24 meses, Pref Software: TFHKA_CO900	iin CNCE del 3
Forma de Pago:Credito	Medio de Pago: Tr	ansferencia Elec	ctrónica	Plazo: 30 Días	00126 SoftwareID: 00126 Softwa
					CUFE:55dk



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL





Numero de autor	łzación		43759		Fecha:	19/07	/2021		. 0!	9:27:57 a. m.
Entidad responsable del pago:		<del></del>	ASC	CIACION INDIGEN	A DEL CAUCA	A EPS-I		600-121-143	. 3	Nit: 817003166
				INFORMACION	OEL PRESTA	ADOR				
Nombre				t	INION TEMPO	RAL SUMER	OLIPS			
Codigo			·	Direction	CALLE 42	# 10 A - 35 B/	AURELES	Trafáteno		
Departemento		ANT	ALUDO		Municipio			SAP(J)	JAN	
				DATOS D	EL PACIENTE	ŧ				
Apellid	01	<u> </u>	Apell	lido 2		Nombre 1		J	Nombre 2	
MARTIN	NEZ .		PITA	LUA	ļ	CARLOS			ANDRES	
<u> </u>	<u></u>		<del></del>							
Tipo De Identificación:			•		-			<del>-</del> .	<del></del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
					•					
TIPO DE IDE	NTIFICACION		NUMERO	DE DOCUMENTO D	E IDENTIDAD	FECH/	DE NACIN	DEC:		EDAD
CÉDULA DE	CIUDADANIA		:	1037485798					00.45104	
	Olographica		•	1037403798	<u></u> _		14/10/1998	'	22 ANOS	5 9 MESES 5 DIAS
Oirección de residencia	Habilual	SAN JUA	N DE UR	ABA Dena	rlamento	ANTIO	OUIA	- Минісерна —	SANJ	UAN DE URABA
	<del></del>			,·-··-				discount days	- Onit b	OAN DE GRABA
			:		AUTORIZADO	os:		•		······
Ubicación del paciente al n	nomento de la sol	licitud de la	a autoriza	ción						
		•	,					<del></del>		
X Consulta externa	· []	Hospitaliza	ción	Servicio				ì	Cama	
Urgencias										
Manejo integral según guia de	:									,
			<del> </del>		_			_		
<u>881202</u>	Cantidad Des	<u>cripción</u>	÷		ninani.				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Especial/dad
001202	<u> </u>		1	ECOCAR	<u>DIOGRAMA</u> T	RANSTORac	<u> 100</u>		·	IMAGEN
			<del></del>			·	·			
			:							
····							—· •			
Holman de auti-i	<u></u>	<u> </u>	!							
Número de solici	tua de origeni	1 JF	echa	19/07/20	<u>21</u>	<u> </u>	-lora	38 37.5	7 a. m.	
	<del></del>			BACOS C	MUNICAL					
			<del>:</del>	PAGOS CO	OMPARTIDOS		<del></del>			
Porcentale	e del valor de los	servicios d	e esta au	itorización a pagar	nor la antidad	raenoneahla	dal page 9		ſ	<del></del>
1			1	reonzasion a pager	hor in citinga	Tesponsavie	del pago	· '	ł.	
Recaudo del prestador		Concept	io.	Valor en pesos		Porcer	ntaje		Valor ma	áxime (tope) en pesos
		Cuote mode	dradora [		. [		·	1		mint (tops) on podos
	×	Сорад	r [					į į		
	$\vdash$	cuola de recu	1 -		_					
•		oto	ļ L	<u> </u>	L_	<del>-</del>		1		
<del></del>	INFORM	ACION DE	I A PER	SONA DE LA ENTIC	An peepoks	EADLE OF L	1400 005	<u></u>		
Nombre de quien autoriza		NOION DE		DO ESPITIA M	AD RESPON	SABLE DEL I	AGO QUE	Telsionor		8044006
Cargo o actividad		AUXILIA		NCION AL COMUN	ERO	<del></del>	Tel	elono calular	·	8212086
Observaçiones :	hijo de shayra vand			-				CHOINS THE COLUMN		····
	INFORM	ACION DE	LA PERS	ONA DE LA IPS RE	CEPTORA QU	JE ACEPTA R	RECIBIR EI	974 B VIG		
Nombre de quien autoriza								Terdiona		
Cargo o actividad	<u> </u>						Tel	elono catular		
									· <del></del>	
		Esta orden	: do oord	clo es única e intra:	antovitalo est-			_		
	,			ujeto auditoria med			r o autoriza	0		
f			•	-, **********************************	a [[ vanues t	ve uinojj				ļ
······			· :							Ì
Firma del Paciente			:					,	W.	
U St.								137.1	US /V	ARTINEZ
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						<del></del> -	, —,	12 7. (16	25 700

737 48S 798

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

#### Factura Electronica de Venta ONCF124953

CARDIOLOGIA



Nombre Cliente: UNION TEMPOR Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRF Teléfono:		ón: 24.SEP.2021 14:26 ón: 24.SEP.2021 14:27 do: 24.OCT.2021			
E-Mail: utsumeicol.aicepsiz	2020@gmail.com				de:30.AGO.2021
No. Contrato:	Tipo	Contrato:Ever	ito Otro	Has	sla:30.AGO.2021
Código ERP:					Responsable:
Paciente: MONTOYA CONDE No. Doc.: 1038146328 Dirección: CALLE 1 SUR Nº 11 - 4 Médico: 0	Tipo Doc.: RC		Teléfono: 310 383 3856	No. Adn No. Poliza: No. Autorización: MEO:	nisión: 0100568065 89 3506896
Código Descripción					Valor Total
Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA				288
03 CONSULTA N	IONITORIZACION Y PRO	CEDIMIENTO	S DIAGNOSTICOS		405,900.00 % 88
	_		Si	ubtotal Area >>>	405,900.00
			VALOR SERVICIOS	,	405,900.00
	-		VALOR COPAGOS	:	0.00 000 0.00 000 0.00 000
		VALO	OR PAGO COMPARTIDO	; i	0.00
			VALOR DESCUENTO	:	0.00 କ୍ଲି
		V	ALOR TOTAL FACTURA	:	0.00 ag
TOTAL	VENIENTON DENOM AN	N OFFIC OFFI	FA11000 1111 1112 1111 4114 1111		
CUATROCIENTOS CINCO MIL NO	VEGIENTOS PESOS CO	N CERU CEN	IAVOS """	:	405,900.00
La presente factura electrónica de venta o serviclos a entera salisfacción.	de compraventa se asimila en	sus efectos a un	a letra de cambio (artículo 5 Ley 1231	1 de 2008). El contratante deci	
Afiliado:	Vendedor:	Se rec	hace constar que ta firma distinta al compu- bir, confesar la deuda y obligar al contrala FACTURACIÓN UI NIT. 901418	nte Certe la mercancia	stá autorizada para firmar y . Acepto esta factura.  fijo ONCF del 390126 SoftwareID:
Firma	NIT BYZON Firma		FECHA:	Finger ?	293
Autorización Numeración de Factura consecutivo ONCF1 al ONCF200000 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f66	. Proveedor tecnológico: `				ijo ONCF del 29 390126 SoftwareID: 39
Forma de Pago: Credito	Medio de Paç	go: Transferend	sia Electrónica	Plazo: 30 Días	
					CUFE:0e728025a45b7e54

COPIA 3

12



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTÒRIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION

MED 3508896 Feehn: 24/05/2021

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASC	CIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGC	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NU Et	The same and the same of the s
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		cc 🖽	1. m . 1
Código 9014183641 Dirección del Presiador	CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAUI	RELES	
Teléfone 3137764435 Departamento C	the second secon	unicipio MOIIII	001
Correo: utsumelcof.alcepsi2020@gmail.cor Contra	o: 524-2021 RECUPE	RACION DE LA SALUDIME	TA COMPLEJIDAD
:	DATOS DEL PACIENTE		***************************************
CONDE PATERNINA	PAULINA		
1er Apellido 2d	lo Apellido	ler Nombre	Hombre
Tipo Documento de identificación	•	1038099337	
Registro Civil Pasaporte		No Documento de Identi-	Edad
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Ide		02/08/2004	SIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadania Menor Sin Id	Bulleactor	Fecha de Nacimiento	ALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual CAMELLO			no 3102307158
Departamento ANTIOQUIA	95 (1997 3° A	lunicipio CAUCASIA	[154
Teléfono Celular	Carrea Electrónico		
	SERVICIOS AUTORIZADO	OS .	The second of th
Ubleación del paciente al momento de la solicitud de Consulta Externa Hospitalización Servicio Urgencias  Manejo Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Descripción  881202 1 ECOCARDIOGRAMA TRA			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	······································		or a case management of the second
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN; 20	PAGOS COMPARTIDOS	echa: 2021 04 01	<u> </u>
Porcentaje del valor de los servicios de esta autoriza	1		
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de l	**************************************	Reclamo de lujunte, ligie Porcontale (%)	
Recaudo del prestador Concepto  Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Otro	\$ 0.00	Sireo	ope) en pesos
	INFORMACION DE LA PERSONA QU	E AUTORIZA	·
Nombre de quien autoriza	Teléfono		tion of the same and the same a
CAROLINA LONDOÑO LOPEZ			والراب والمراجع والموجود والمحاجون الربيون المراجع المارات
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO	Telétono Celu	lar;	
FOM, 09/04/2021 AUTORIZACIÓN VALIDA	PARA HIJO DE PAULINA CONDE I	PATERNINA	
7			وطراب اليوسي ووسيته مغ متعتقف بالمناسب بناء القداد

Firma del Paciente de 39288 897
Abuela.

\* Solo yalida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VAUDEZ 90 DIASS -

Pagiga a 1 do 1

05;18;26 p.m.



Oncomedica S.A. CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos de retención en la fuenta-

CARDIOLOGIA



0.00

0.00

0.00

Factura Electronica de Venta ONCF124956 Cód. Habilitación: 230010094901 provincial and Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 24.SEP.2021 14:31 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 24.SEP.2021 14:33 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 24.OCT. 2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 15.SEP.2021 Hasta: 15, SEP, 2021 No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Otro Código ERP: Responsable: Paciente: BAILARIN CARUPIA JAIPONOYI No. Admisión: 0100573578 No. Doc.: 1148944404 Tipo Doc.: TI Teléfono: 313 736 7390 Dirección: - - MURINDO No. Poliza: Médico: 0 No. Autorización: MED3511889 Código Descripción Valor Total Area Funcional: CARDIOLOGIA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 405,900.00 Subtotal Area >>> 405,900.00 VALOR SERVICIOS: 405,900.00 VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 405,900.00

TOTAL 405,900.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asímila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:



supone que dicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinta al comprador Recibí conforme la mercancia. Acepto esta fectura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 at 04/12/2021. Trieses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

124956

NUMERO AUTORIZACION

MED 3511889

Fecha: 01/09/2021

Hora: 05:27:38 p.m.

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAL	JCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO L	OS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23	Municipio MONTERIA 001
	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS DEL P	ACIENTE
BAILARIN CARUPIA JAIP	IYONO
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1148944404
Registro Civil Pasaporte Cédula de Ext	ranjeria No Documento de identificación Edad
☑ Tarjela de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	15/07/2010 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono
Departamento ANTIOQUIA 05	Municipio MURINDO 475
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIOS AUT	ORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio	Сарва
Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
881202 1 ECCCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 9	Fecha: 2021-05-07 Hora: 17:27
PAGOS COMP.	ARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res	sponsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos	Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Cuota Moderadora	4 000
Copage \$ 0.00	\$ 0.00
Cuota de Recuperación Otro	
INFORMACION DE LA PERS	SONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza Telé	ono
YUDI MILENA CALLEJAS	
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO Telé	fono Celular:
FOM: 07/05/2021 SE RENUEVA AUTORIZACIOIN 3506158 POR VEN	Enrique Bedierin  ac. 3532225  papa.
	ricio es única e intransferible



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retençión en la fuente

CARDIOLOGIA

#### Factura Electronica de Venta ONCF124963

Nombre Cliente: UNION JEMPORAL SUMEIC Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: Ct. 42 10 A 36 BRR LOS LAURE Teléfono:		BA	Fecha Generación: Fecha Validación: Fecha Vencimiento:	24.SEP.2021 14:3
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.c	om		Cubre Desde:	
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento	Otro	Hasia:	16.SEP.2021 Responsable
Paciente: VERGARA PAEZ LUIS DAVID			No Admis	ión: 010057386
No. Doc.: 1037487328 Tipo Doc Dirección: SAN JUAN DE URABA Médico: 0	a: RC	Teléfono: 304 551 5729 No	No. Poliza: . Autorización: 43560	1011. 0 10001 000
Código Descripción			i	Valor Total
Area Funçional: 12 CARDIOLO	GIA			
03 CONSULTA MONITORIZAC	CION Y PROCEDIMIENTOS	DIAGNOSTICOS		405,900.00
		Subto	tal Area >>>	405,900.00
		VALOR SERVICIOS:		405,900.00
		VALOR COPAGOS:		0.00
	VALOR	R PAGO COMPARTIDO:	1	0.00
		VALOR DESCUENTO:		0.00
	VAI	LOR TOTAL FACTURA:		405,900.00
TOTAL				
CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS	PESOS CON CERO CENTA	VOS **** **** **** **** **** ****	**** **** ****	405,900.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa servicios a entera satisfacción.	se asimila en sus efectos a una le	eira de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2	1008). El contratante declara	haber recibido fos
Afiliado: Vendedor:		e constar que la firma distinta al compactor o confesar la deuda FAM aria RAN 1888 NIT. 9014	yene hir tele grona está a echi condine la mercancia. Ac	ulońzada para firmar y epto esta factura.
Firma	DATE OFFICE	FECHA: T	1	
Filma July 8-0		APPLICATION OF CAMPAINS AND	- Profile	ONOC 4-1

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigençia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdi9i661767

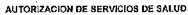
Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL





Numero de autoriza	ción		43560	•	Fecha:	18/06/	2021	Hora	12	02:56 p. m.
ntidad responsable del pago:	<del></del> ,	<del></del>	ASC	CIACION INDIGEN	A DEL CAUC	A EPS-I	C	ODIGO EPSIC	)3	Nit: 817003166
				INFORMACION	DEL PREST	ADOR				
ombre					INION TEMPO	RAL SUME	OL IPS			
odigo			1	Direction		# 10 A - 36 B/L		Тејејоло:		8297878
repartamento		ANTK	ALUQC		Municipio			SAN JU	AN	
					EL PACIENTI			• '		·
Apellido 1		T	Apel	lido 2	T	Nombre 1			Nombre 2	
<del></del>		-			· ·	LUIS			DAVID	
VERGARA	ł	<u> </u>	PA	.EZ						
lpo De Identificación:							··			
	·	<del></del>			<del></del>					
TIPO DE IDENT	TFICACION	[1	NUMERO	DE DOCUMENTO D	E IDENTIDAD	FECH#	DE NACIMI	ENTO		EDAD
REGISTRO	) CIVII			1037487328		-	23/11/2019		1 AÑOS	6 MESES 26 DIAS
ILDIO INC	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									
Dirección de residencia Ha	abituat	SAN JUA	N DE UR	ABA Depa	artamento	ANTIC	QUIA	Municipio	SANJ	UAN DE URABA
	, <u></u>			<u> </u>						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
				SERVICIOS	AUTORIZAD	DS:				
bicación del paciente al mor	mento de la s	solicitud de la	a autoriz	ación						
		- "						-		
X Consulta externa	Г	Hospitaliza	ación	Servicio				] ·	, Cama	
Urgencias										
					·					
lanejo integral según guia de:	·							<u> </u>		<u> </u>
Ç	antidad <u>D</u>	escripción	٠ .					. <u> </u>		Especialidad
881202	1			ECOCA	ROIOGRAMA	TRANSTOR <sub>E</sub>	<u>cico</u>			<u>imagen</u>
			<u> </u>						<del></del>	<u> </u>
						<del></del>				
					<del></del>	<u></u>			······································	
	I .									
	<del></del>		-							
Numero de solicitu	d de orioen	1	Fecha	18/06/2	021		Hora	12:02:	56 p. m.	<u> </u>
Numero de solicitu	d de origen	1	Fecha	18/06/2	021	:	Hora	12:02:	56 p. m.	
Numero de solicitu	d de origen	1	Fecha		021 COMPARTIDO		Hora	12:02:	56 p. m.	
				PAGOS	OMPARTIDO	\$			56 p. <u>m</u> .	
				PAGOS	OMPARTIDO	\$			56 p. m.	
				PAGOS C	OMPARTIDO	S ad responsab	le del pago %			, , ,
			de esta :	PAGOS	OMPARTIDO	S ad responsab				sáximo (tope) en pe
Porcentaje d		Concep	tio esta i oto deradora	PAGOS C	OMPARTIDO	S ad responsab	le del pago %			sáximo (tope) en pe
Porcentaje d	del valor de l	ios servicios	tio esta i oto deradora	PAGOS C	OMPARTIDO	S ad responsab	le del pago %		Valorn	sáximo (tope) en pe
Porcentaje d	del valor de l	Concept Cuota mo	tio esta i	PAGOS C	OMPARTIDO	S ad responsab	le del pago %		Valorn	sáximo (tope) en pe
Porcentaje d	del valor de l	Concept Cuota mo	cuparacion	PAGOS C	OMPARTIDO	S ad responsab	le del pago %		Valorn	sáximo (tope) en pe
Porcentaje d	dei valor de l	Concep Cuola mo x Copta de re-	cie esta a oto deradora ago cuparación ro	PAGOS o autorización a paga Valor en pesos	comparting	S ad responsable Porce	is del pago 9 entaje		Valorn	ráximo (tope) en pe
Porcentaje d Recaudo del prestador	dei valor de l	Concep Cuola mo x Copta de re-	tie esta a pto deradora ago cuperadon re	PAGOS O sutorización a paga Valor en pesos	comparting	S ad responsable Porce	is del pago 9 entaje	AUTORIZA	Valorn	náximo (tope) en per
Porcentaje de Recaudo del prestador	dei valor de l	Concep Cuola mo X Copta de re- otr	tie esta a pto deradora ago cuperación re DE LA PE	PAGOS O Rutorización a paga  Valor en pesos  RSONA DE LA ENTINDO ESPITIA M	COMPARTIDO ir por la entide	S ad responsable Porce	is del pago 9 entaje		Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad	dei valor de l	Concep Cuola mo X Copta de re- otr	tie esta a pto deradora ago cuperación re DE LA PE	PAGOS O sutorización a paga Valor en pesos	COMPARTIDO ir por la entide	S ad responsable Porce	is del pago 9 entaje	AUYORIZA Telefono:	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador	dei valor de l	Concep Cuola mo X Cop cuola de re- otr	tie esta a oto deradora ago cupstacion re DE LA PE ARM/	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NIDO ESPITIA M TENCION AL COMA	COMPARTIDO Ir por la entidi ITIDAD RESPO	S Porce	is del pago 9 entaje PAGO QUE	AUYORIZA Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo X Cop cuola de re- otr	tie esta a oto deradora ago cuparadon re DE LA PE ARM/	PAGOS O Rutorización a paga  Valor en pesos  RSONA DE LA ENTINDO ESPITIA M	COMPARTIDO Ir por la entidi ITIDAD RESPO	S Porce	is del pago 9 entaje PAGO QUE	AUYORIZA Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo X Cop cuola de re- otr	tie esta a oto deradora ago cuparadon re DE LA PE ARM/	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NIDO ESPITIA M TENCION AL COMA	COMPARTIDO Ir por la entidi ITIDAD RESPO	S Porce	is del pago 9 entaje PAGO QUE Te	AUTORIZA Telefono: lefono celulari	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo X Cop cuola de re- otr	tie esta a oto deradora ago cuparadon re DE LA PE ARM/	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NIDO ESPITIA M TENCION AL COMA	COMPARTIDO Ir por la entidi ITIDAD RESPO	S Porce	is del pago 9 entaje PAGO QUE Te	AUYORIZA Telefono: lefono celulari PACIENTE Telefono:	Valor n	
Porcentaje e Recaudo del prestador Nombre de gulan autoriza Cargo o actividad Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo X Cop cuola de re- otr	tie esta a oto deradora ago cuparadon re DE LA PE ARM/	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NIDO ESPITIA M TENCION AL COMA	COMPARTIDO Ir por la entidi ITIDAD RESPO	S Porce	is del pago 9 entaje PAGO QUE Te	AUYORIZA Telefono: lefono celulari PACIENTE Telefono:	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo x Cop cuola de re- otr CRMACION D	cie esta a oto deradora ago cuperadon re DE LA PE ARM/ AR DE A	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NIDO ESPITIA M TENCION AL COMA	COMPARTIDO Ir por la entida Ir por la entida Indiana Respo	Porce  NSABLE DEL	entaje  PAGO QUE  Te	AUTORIZA Telefono: lefono celular  PACIENTE Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo x Cop cuola de re- otr CRMACION D	cie esta a oto deradora ago cuperadon re DE LA PE ARM/ AR DE A	PAGOS O Sutorización a paga  Valor en pesos  RSONA DE LA ENT  NDO ESPITIA M TENCION AL COMO RSONA DE LA IPS	COMPARTIDO Ir por la entidi ITOAD RESPO	Porce  NSABLE DEL	entaje  PAGO QUE  Te	AUTORIZA Telefono: lefono celular  PACIENTE Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje o Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad Observaciones :  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad	dei valor de l	Concep Cuola mo x Cop cuola de re- otr CRMACION D	cie esta a oto deradora ago cuperadon re DE LA PE ARM/ AR DE A	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NDO ESPITIA M TENCION AL COMU RSONA DE LA IPS IVICIO es única e interese a comunicación de la comunicación de la comunicación de co	COMPARTIDO Ir por la entidi ITOAD RESPO	Porce  NSABLE DEL	entaje  PAGO QUE  Te	AUTORIZA Telefono: lefono celular  PACIENTE Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza Cargo o actividad  Observaciones :	dei valor de l	Concep Cuola mo x Cop cuola de re- otr CRMACION D	cie esta a oto deradora ago cuperadon re DE LA PE ARM/ AR DE A	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NDO ESPITIA M TENCION AL COMU RSONA DE LA IPS IVICIO es única e interese a comunicación de la comunicación de la comunicación de co	COMPARTIDO Ir por la entidi ITOAD RESPO	Porce  NSABLE DEL	entaje  PAGO QUE  Te	AUTORIZA Telefono: lefono celular  PACIENTE Telefono: lefono celular	Valor n	
Porcentaje de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriza  Cargo o actividad  Observaciones :  Nombre de quien autoriza  Cargo o actividad	dei valor de l	Concep Cuola mo x Cop cuola de re- otr CRMACION D	cie esta a oto deradora ago cuperadon re DE LA PE ARM/ AR DE A	PAGOS O autorización a paga Valor en pesos RSONA DE LA ENT NDO ESPITIA M TENCION AL COMU RSONA DE LA IPS IVICIO es única e interese a comunicación de la comunicación de la comunicación de co	COMPARTIDO Ir por la entidi ITOAD RESPO	Porce  NSABLE DEL	entaje  PAGO QUE  Te	AUTORIZA Telefono: lefono celular  PACIENTE Telefono: lefono celular	Valor n	

15/09/21 H:9:15 INNAT CRASH 4234 Montevio al ludo

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACIÓN PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

#### Factura Electronica de Venta ONCF126203

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

Código ERP:

Código

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Olro

Teléfono: 3103581923

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Poliza:

No. Autorización:

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

Fecha Vencimiento: 30.OCT. 2021

Fecha Generación: 30.SEP.2021 17:46

Fecha Validación: 1.OCT.2021 10:07

Cubre Desde: 25.JUL.2021

Hasta:17,AGO,2021

No. Admisión: 0100554870

Valor Total

636,400.00

636,400,00

289,992.00

610,680.00

585,500.00

1,486,172.00

81.845.00

81,845.00

187,448.00

350,512.00

1,027,445.00

Paciente: PEREZ BORJAS SALOMED ELVIRA

No. Doc.: 1176464948 Tipo Doc.: RC Dirección: MZ 08 CASA 5 BARRIO TIERRA PROMETIDA - VALLEDUPAR

Médico: CESAR AUGUSTO OYAGA MONTERO

Descripción

Area Funcional:

LABORATORIO CLINICO 05

LABORATORIO CLINICO

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** Area Funcional: 09

MATERIALES E INSUMOS

MEDICAMENTOS POS 15

LABORATORIO CLINICO

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1 Area Funcional: 15

IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

CIRUGIA Area Funcionai: 16

<u>Cirugia</u> 219102C

Ω9

**CIRUGIAS GENERALES** 

MATERIALES E INSUMOS

**MEDICAMENTOS POS** 

CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL Valor Servicio Qx **ENDOSCÓPICA** 

39010 Grupo 12 39010 Grupo 12 39110 Grupo 12 39110 Grupo 12

39123 Grupo 12 39123 Grupo 12

39214 Grupo 12

CIRUGIAS GENERALES

222,929.00 334,394.00 129,919.00 194,878.00 60,871.00

91,306.00 357,391.00

577,595.00

168,645.00

337,290.00

78,815.00

1,391,688.00

RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSIÓN Valor Servicio Qx Cirugia 219106C INTRACRANEANA 288,797.00

39012 Grupo especial 20 39012 Grupo especial 20 39112 Grupo especiai 20 Grupo especial 20 39112

39125 Grupo especial 20 39125 Grupo especial 20

39216 Grupo especial 20 CIRUGIAS GENERALES

157,629.00 790,871.00 2,399,642.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monterla - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

bcf8ffec01ea8ac5f904405a057b586d6749729082a8517703ef52547f3e52ca8578b76ae392b

Factura Electronica de Venta ONCF126203 eccesiona Cód, Habilitación: 230010094901 Number Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 30.SEP.2021 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 1.OCT.2021 10:07 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:30.0CT.2021 Cubre Desde; 25.JUL.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasla:17,AGO,2021 Otro Tipo Contrato: Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100554870 Paciente: PEREZ BORJAS SALOMED ELVIRA No. Doc.: 1176464948 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3103581923 Dirección: MZ 08 CASA 5 BARRIO TIERRA PROMETIDA - VALLEDUPAR No. Poliza: No. Autorización: Médico: CESAR AUGUSTO OYAGA MONTERO Valor Total Descripción Código SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA Valor Servicio Qx 224205C <u>Cirugia</u> 288,797.00 39012 Grupo especial 20 168,645,00 Grupo especial 20 39112 78.815.00 Grupo especial 20 39125 **CIRUGIAS GENERALES** 536,257.00 ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL Valor Servicio Ox Cirugia 226305C **ENDOSCÓPICA** 144,909.00 39007 Grupo 09 217,364.00 Grupo 09 39007 82,903.00 39107 Grupo 09 124,354.00 39107 Grupo 09 39,634.00 39120 Grupo 09 59,451.00 39120 Grupo 09 239,623.00 30211 Grupo 09 CIRUGIAS GENERALES 908.238.00 Subtotal Area >>> 6,801,230.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: 68 ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL **ENDOSCÓPICA** 575,935.00 02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE 476,400,00 05 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13,773,300.00 13 5,547,843.00 MATERIALES E INSUMOS **MEDICAMENTOS POS** 6,683,947.00 15 LABORATORIO CLINICO 980,200.00 19 1,796,760.00 **GASES MEDICINALES** 21 92,700.00 31 **ECOGRAFIAS** Subtotal Area >>> 29,927,085.00 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: 69

	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	 
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	3,139,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	361,218.00
15	MEDICAMENTOS POS	315,453.00
21	GASES MEDICINALES	498,960.00
31	ECOGRAFIAS	92,700.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 63 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF126203



Fecha Generación: 30.SEP.2021 17:46 Numbre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 1.OCT.2021 10:07 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 30.OCT.2021 Cubre Desde: 25.JUL.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:17.AGO.2021 Otro Tipo Contrato: Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100554870 Paciente: PEREZ BORJAS SALOMED ELVIRA Teléfono: 3103581923 No. Doc.: 1176464948 Tipo Doc.: RC Dirección: MZ 08 CASA 5 BARRIO TIERRA PROMETIDA - VALLEDUPAR No. Poliza: Médico: CESAR AUGUSTO OYAGA MONTERO No. Autorización: Valor Total Descripción Código UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2 Area Funcional: 72 ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL **ENDOSCÓPICA** IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 654,760.00 Subtotal Area >>> 654,760.00 **HOSPITALIZACION PISO 3 T1** Area Funcional: ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA 189,065.00 **MEDICAMENTOS POS** Subtotal Area >>> 189,065.00 44,231,488.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00 0:00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 44,231,488.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CUFE: f05049f23115f31bcf8ffec01ea8ac5f90440 44,231,488.00 CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 8 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. 🛪 persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distir Vendedor Afiliado: 3n7494-8 Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del

consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

09

Asunto: Fwd: Fwd: ANEXO 3 SALOMED ELVIRA PEREZ BORJAS AUTORIZACION CORRESPONDIENTE A ESTANCIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS DEL 26 DE JULIO, AL 03 DE AGOSTO DEL 2021 -CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL 04 AL 05 DE AGOSTO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA

De: Autorizaciones Oncomedica <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 11/09/2021, 11:47 a.m.

Para: ADMISIONES <admisiones@imatoncomedica.com>, Eliecer Avila

der.autorizaciones@imatoncomedica.com>

**PSC** 

----- Mensaje reenviado -----

Fwd: ANEXO 3 SALOMED ELVIRA PEREZ BORJAS AUTORIZACION CORRESPONDIENTE

Asunto: A ESTANCIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS DEL 26 DE JULIO,AL 03 DE

AGOSTO DEL 2021 -CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL 04 AL 05 DE AGOSTO

**DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA** 

Fecha: Thu, 5 Aug 2021 16:05:57 -0500

De: Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, AIC

<autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>,

SUMEICO AUDITORIA AIC < concurrencia aicmonteria @gmail.com>, SUMEICOL - AIC

AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, AUDITORIA

<auditoria@utsumeicol.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO

<autorizacionutsumeicol@gmail.com>

---- Mensaje reenviado ------

Para:

ANEXO 3 SALOMED ELVIRA PEREZ BORJAS AUTORIZACION CORRESPONDIENTE

Asunto: A ESTANCIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS DEL 26 DE JULIO, AL 03

DE AGOSTO DEL 2021 -CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL 04 AL 05 DE

AGOSTO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA

Fecha: Thu, 5 Aug 2021 15:59:30 -0500

De: Sixta Rosa De Castros Escorcia <a discussiones 3 @imatoncomedica.com >

Responder a: autorizaciones3@imatoncomedica.com

SUMEICO AUDITORIA AIC <a href="mailto:sum-renciaaicmonteria@gmail.com">concurrenciaaicmonteria@gmail.com</a>, AIC

<autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>, SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, SUMEICOL -

AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, AUDITORIA

## <auditoria@utsumeicol.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

	~		
\0	ñore	¢	
90	11016	J	

#### **SUMEICOL EPS**

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo  $N^{\circ}$  3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

SALOMED ELVIRA PEREZ BORJAS identificado con el numero 1176464948 hospitalización correspondiente a AUTORIZACION CORRESPONDIENTE A ESTANCIA EN CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS DEL 26 DE JULIO AL 03 DE AGOSTO DEL 2021 -CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL 04 AL 05 DE AGOSTO DEL 2021

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realizaciónde servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de vautorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.. Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia

Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.3

#### SIXTA ROSA DE CASTRO ESCORCIA

Asistente de Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608-3609

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

Si usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario.

Adjuntos:	
SALOMED PEREZ BORJA.PDF	C02 Vp

603 KB



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

### Factura Electronica de Venta ONCF128107

Nombre Cliente: UNION TEMPO						Fecha Generación:	9.OCT.2021	8:1
Identificación: NIT 901418364- Dirección: CL 42 10 A 36 BR		ONTERIA - CORDOR	24			Fecha Validación:		8:1
Teléfono:	IN EOG ENONCEEG - IM	DIALITICITY - COURDOL	<i>7</i> 7.			Fecha Vencimiento:	8.NOV.2021	
E-Mail: utsumeicol.aiceps	i2020@gmail.com					Cubre Desde:	8.OCT.2021	
No. Contrato:	Ti	po Contrato:Evento		Otro		Hasta:	8.OCT.2021	
Código ERP:								
Paciente: MARTINEZ ZAPATA	A MARIA EUGENIA					Consecut	ivo: 010202	671
No. Doc.: 39286379	Tipo Doc.: CC	٦	Feléfono: 31	27825245		No. Poliza:		
Dirección: PEDRO BALDIVIA - C Médico: CARLOS ALBERTO V					No. A	utorización: 1452		
Código Descripción			•				Valor <sup>*</sup>	Tota
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERN	NA.						
03 CONSULTA	MONITORIZACION Y P	ROCEDIMIENTOS (	MAGNOSTIC	208			60,000	ን ሰብ
03 CONSULTA	MONITORIZACION 11	NOOLDIMIEN OO L	MOHOOTIC	,00			00,000	7,00
					Subtotal	Area >>>	60,000	).OC
			VALOR	SERVICIO	S:		60,000	0.00
			VALO	R COPAGO	S:			0.00
		VALOR	PAGO CO	OMPARTID	O:		(	0. <b>0</b> 0
			VALOR C	ESCUENT	O:			0.00
		VAL	OR TOTA	L FACTUR	A:		60,000	0.00
TOTAL								
SESENTA MIL PESOS CON CER	O CENTAVOS **** ****	**** **** **** *	1***	* 4114 4888 4481	. 8565 8891	r **** ****	60,000	).OÒ
La presente factura electrônica de venta	de compraventa se asimila	en sus efectos a una le	tra de cambio	(articulo 5 Ley 12	31 de 2008	3). El contratante declara	haber recibido l	03
servicios a entera satisfacción.								
Afiliado:	Vendedor:	Se hace	constar que 🎁	agturació	Na UrisuSi	e que ordra persona está a	utorizeda pare firm	nar y
, mado.		recibir,	confesar la deud	a'y obliga <b>cia lico 9 (</b>	adentica para	rconforme la mercancia. Ac	apto esta factura.	
	// //		별	50HA. 12	<u>~ /(                                   </u>	01		
	1 Suc	<del>-</del>	,	FOIRE N	al_	16-5		
Fîrma	Firma			EOIBE:	Firm	9		
Autorización Numeración de Factur consecutivo ONCF1 al ONCF20000 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f6	<ol><li>Proveedor tecnológic</li></ol>	N° 18763002337408 o: The Factory HKA	del 04/12/20 Colombia Ni	119 al 04/12/20 T: 900390126-	21.Vigeno 6 Softwar	cia 24 meses, Prefijo e: TFHKA_CO90039	ONCF del 0126 Software	ilD:
Forma de Pago:Credito		Pago: Transferencia	Electrónica			Plazo: 30 Dias	•	
•								



# MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 1.9	THE SALUD
NOMERO DE SOLICITUD 1.8  Nombre CLINICA PAJONAL S.A.S	94699 Fecha: 2020-11-20 Hora: 10:43
Códina	
Teléfono [6] J.	PStador Diagonal 20 C N 12-68 Número D
ENTIDAD A Department of the last of the la	estador Diagonal 20 C N 12-68 Número
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITÀ (PAGADOR) ASC INDIGENA  MARTINEZ  DAT	OCIACION INDIGENA DEL
VADORI ASC	OCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS.
VADATA	TOS DEL PACIENTE
	MARIA
Tipo de Documento de Identificación  Registro civil	1er Nombre
Pasaporte	2do Nombre
	3 9 2 3 6 3 7 9 1
Menor significant	<del></del>
T I across de extraugesta	Número de documento de identificación
Dirección de Residencia Habitual: crea 22 cl. 30	Fecha de Nacimiento
Partamento ANTIOQUIA	[1] [3] [1] [1] [1]
relationo Celular 3 1 2 7 6 6 7	Municipio CAUCASIA
- Talien Stiffe - Talien Flacti	rónico
Regimen Contributivo  Regimen Substitiado - parcial	<b>网络股</b>
X Regimen Subsidiado - total Población pobre fio asegurada con SiSBER	Población Pobre no asegurada sin SISBEN Plan article.
Origan de la alención INFORMACION DE LA ATEN	Despiazado Plan adicional de salvo
X Enfermedad General	Desplazado    Plan atkelonal de salvid   Otro   Otro   Tipo de servictos societados
CVanto Catana	F- Spiicitados
Ubicación del Paciente al management de Trénsko	Prioridad de la atención hidal de urgencias  Servicios electivos
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:	Servicios electivos
Urgendas Hospiaszación Sarvicio	No prioritaria
Manefo integral según gula de:	Cama
Codigo CUPS	
1 8 9 closed Descripción	
MANUEL POR ESPECIALISM	*XXXXXXXX
AVIENTE CON ANTECEDENTE	_
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RESECCION DE TUMOR DESMOIDE RET IRATAJIENTO CON TAMOXIFENO, CON INVOLUCION DOCUMENTADA CON DERECHO. LE REALIZAN TAC QUE EVIDENCIA AUMENTO DE DENSIDAD ROL PACIENTE EN BUENA CONDICION GENERAL, ABD: BLANDO - LEVEMENTE DO PACIENTE QUE REQUIERE CITA POR ONCOLOGIA CLINICA.	TROPERITONEAL LE DE LUCIO
DARRIE EN BUENA CONDICION GENERAL, ABD: BLANDO DE DENSIDAD ROL	RESONANCIA, CONSULTA POR DOI OR ADDRESSA EN 2005 Y
PACIENTE QUE REQUIERE CITA POR ONCOLOGIA CLINICA.	JOLOROSO EN FLANCO DERECUO.
Impresión Diagnóstica: Codigo CIE10 Descripción  Diagnóstico principal Descripción	
Diagnóstico relacionado 1	
Diagnatus	C-44RTIC O DESCONOCIDO DEL RETROPERTONIEO
Diagnóstico relacionado 2	
Nombre do INSORUM	
Nombre de que solicita: HERNANDEZ URIBE CESAR ANIBAL	RSONA QUE SOLUCITA
SEGAR ANIBAL	Telétono
Ties	<u> </u>
	Indicativo Número Extensión
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
R.M.: 5261-91	
Cargo o actividad: CIRUGIA GENERAL	
GENERAL	
	Teistono celutar;
•	

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód, Habilitación: 230010094901

URGENCIAS

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 3/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retençión en la fuente.

re autorrelenedores. No estamos Exentos de retençión en la tuente.

Factura Electronica de Venta ONCF128296



17 CC (1 8 (17 9)	M. Habilitation Lassiani.		•						
ldentificación: NIT	lombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 10.NOV.2021  Fecha Vencimiento: 10.NOV.2021								
Teléfono:	42 TO A 30 BRN EOS EAS	(KELLO - MOH	TEIMT- OOM	D Q D A 1					
E-mail: distinielodi.aicepsizozo@gnaii.com							de: 18.SEP.2021 sta: 22.SEP.2021		
No. Contrato: Código ERP:	: 	Hpo	Contrato:Eve	nto		spons	able:UNION TEMP	ORAL SUMEICO	L IPS
I	O ASCENDRA ALICE	SOFIA					No. Adı	nisión: 010057	4723
No. Doc.: 103748 Dirección: CALLE		Doc.: RC RIO BIQUINGO	AAU JUAN		3218602706	No.	No. Poliza: Autorización: 3858	032	7. E. C.
Código	Descripción							Valor	Total
Area Funcional:	07 URGENO	CIAS							5
. 02	IMAGENOLOGIA Y RAD	NOLOGIA						47,20	o.oo 👸
03	CONSULTA MONITORI		OCEDIMIENTO	OS DIAGNOS	ricos	]		212,47	<b>00.0</b>
13	SERVICIOS DE APOYO							650,40	0.00
19	LABORATORIO CLINIC							337,70	0.00 🖁
31	ECOGRAFIAS							231,70	0.00 ខ្លី
						ubtota	al Area >>>	1,479,47	0.00
				VALC	R SERVICIOS	:		1,479,47	0.00
		-			OR COPAGOS				0.00
			VAI		COMPARTIDO	- 1			0.00
•					DESCUENTO			···	0.00
		-	•		TAL FACTURA	—·····• <del>1</del> —		1,479,47	0.00
TOTAL	· · ·						=		
UN MILLON CUATE	ROCIENTOS SETENTA Y	NUEVE MIL C	UATROCIEN	TOS SETENTA	A PESOS CON CE	RO CI		1,479,47	0.00
	La presente factura electronica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los					los			
servicios a entera satis	facción.								
				,				4	
Afillado:	Vendedo	Or. A The Appendix	5	e hace constar que	la (u <b>Petromial R symia</b> euda y boligar al Rinkale	ÓN Y	opne est utraneciona e chi costorne la marcanci	estă autorizada para lîr la. Acepto esta factura.	mary
		5 1 1	12		1.1	ין גו	17/		ļ
	MEDICOLOGIA FECHA: FECH								
Firm		Firma			RECIBE	Fi	ma		
consecutivo ONCF1	Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 8763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vicencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID:								
<b>82d21092</b> -144e-4b6	6-b720-6cd191661767	1							•
Forma de	Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días								



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

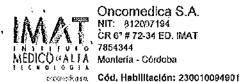
NUMERO AUTORIZACION POP

3858032

Fecha; 18/09/2021

Hora: 23:01:12

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DE	L CAUCA	CODIC	SO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado	)		NIT	90141830	34
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	[				
Código 9014183641 Dirección del Presta	ador CALLE 42 10A 36 BAR	RIO LOS LAU	RELES		
Teléfono 3137764435 Dapartamento	CORDOBA 2	3 M	funicipio Mi	ONTERIA	001
Correo: utsumeicol,aicepsi2020@gmail.cor Co	ontrato: 524-2021	RECUP	ERACION DE LA SALU	D MEDIANA Y	ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS	DEL PACIENTI	<u> </u>		· ·
PAJARO ASCENDE	RA.	ALICE		SOFIA	
1er Apellido	2do Apellido		1er Nombre	2	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			1037487977		
Registro Civil Pasapor	te 🔲 Cédula d	de Extranjerfa	No Documento de Ider	tificación	Edad
	ln (dentificación		01/03/2021		SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Cludadanta Menor S	in Identificación		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual BARRIO 81	KINGO			T	eléfono 3133447268
Departamento ANTIOQUIA		05 t	Municipio SAN JUAN	DE URABA	659
Teléfono Celular	Correo Electrónico				
	SERVICIOS	S AUTORIZAD	os		
Ubicación del paciente al momento de la solici	ud de la autorización				
☐ Consulta Externa ☑ Hospitalización Sen					ama
Urgencias					·.
Manejo Integral Según Guia de:					•
Código CUPS Cantidad Descripción	200 07740 5005011 104050	4551010		Especia	lidad
890402 ] INTERCONSULTAT	890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1			Fecha: 2021-09-18	Hora:	23:01
		OMPARTIDOS		r	
Percentaje del valor de los servicios de esta au	torización a pagar por la entid	ad responsable	e del pago %	100	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud			Reclamo de tiquete, bo		· —
Recaudo del prestador Concepto	Valor en pes	os r	Porcentaje (%)	Valor Máxim	o (Tope) en pasos
Cuota Moderadora		.00 €	0,00€		
☑ Copago ☐ Cuota de Recupera		1	0.05 €		
Otro					
	INFORMACION DE LA	PERSONA QU	JE AUTORIZA		•
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
LORENA MUELAS PECHENE	<u> </u>	ļ. <u>-</u> .			
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA Teléfono Celular:					
FOM 18/09/2021 ONCOMEDICA S.A. VALIDA PARA INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS					
					•
					_
	Fela ordin d	a condeia ac és	ìca e intransferible		
		a servicio as un lida en la IPS au			
Firma del Paciente			WAT INEZ 90 DIASSS		Pagina⊣a 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.



#### Factura Electronica de Venta ONCF129257

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato: Evento

Otro

Fecha Generación:13.OCT.2021 14:33 Fecha Validación: 13.OCT. 2021 14:35

Fecha Vencimiento:12.NOV.2021

Cubre Desde: 31.JUL.2021 Hasta:19.AGO.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS No. Admisión: 0100556635

Paciente: DOMICO BAILARIN HIJO DE

No. Doc.: 162117876 Tipo Doc.: CN

Dirección: BARRIO LA PAZ - MONTERIA Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ Teléfono: 3126776113

No. Poliza:

Subtotal Area >>>

No. Autorización: 3806830

Código	Descripción		 		<u> </u>	Valor Total
Area Funcional:	05	LABORATORIO CLINICO	 			

LABORATORIO CLINICO

385,100.00

			Subtotal Area >>>	385,100.00
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION PISO 2 T1		

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	468,555.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	333,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	4.135.200.00

4,135,200.00 MATERIALES E INSUMOS 315,678.00 14 15 **MEDICAMENTOS POS** 779,440.00

LABORATORIO CLINICO 775,540.00

Area Funcional: CIRUGIA

02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

47,200.00

CUFE:22971fdfbe1460bc93c5f909b6e4cbf998d75072362f

6,807,613.00

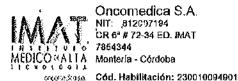
<u>Cirugia</u>	38910	1C	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	Valor Servicio Qx
		S23202	DE 41 HASTA 50 UVR	41,700.00
		S41101	ESPECIALISTAS DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS O GINECOOBSTÉTRICAS	57,200.00
		S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA	54,000.00
		S55104	DE 41 HASTA 50 UVR	34,000.00
	01	CIRUGIAS GE	NERALES	186,900.00

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Cirugia 413101C Valor Servicio Qx

> 266,200.00 39003 Grupo 05 174,000.00 39103 Grupo 05 474,700.00 39207 Grupo 05 GRUPOS 04 - 05 - 06 194,000.00 39302

CIRUGIAS GENERALES 1,108,900.00

•		Subtotal Area >>>	1,343,000.00
Area Funcional:	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2		
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA		188,800.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		580,785.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		6,397,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS		1,995,014.00
15	MEDICAMENTOS POS		4,314,943.00
19	LABORATORIO CLINICO	,	2,059,300.00



Oncomedica S.A. NIT: 812097194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF129257

Fecha Generación:13.OCT.2021 14:33 Fecha Validación:13.OCT.2021 14:35 Cubre Desde: 31.JUL.2021 Hasta:19.AGO.2021 No. Admisión: 0100556635 Valor Total 1,044,120.00 225,000.00 16,805,362.00 25,341,075.00 0.00 0.00

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identific.:ción: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:12.NOV.2021 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Otro Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: DOMICO BAILARIN HIJO DE No. Doc.: 162117876 Tipo Doc.: CN Teléfono: 3126776113 Dirección: BARRIO LA PAZ - MONTERIA No. Poliza: Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ No. Autorización: 3806830 Código Descripción **GASES MEDICINALES ECOGRAFIAS** Subtotal Area >>> VALOR SERVICIOS:

VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 25,341,075.00 TOTAL

VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

25,341,075.00

La presente factura electrónica de venía de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afillado:

Firma

Santa Calca persona está autorizada para firmar y Se hace constar que A Gridu BA

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Sóftware: TFHKA CO900390126 SoftwareID; 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



ma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3792820

Fecha: 08/08/2021

Hora: 13:57:35

IDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03				
PRMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT  901418364				
nbre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	G C Número			
digo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA				
Ifono 3137764435 Departamento CORDOBA	Principles and The Control of the Co			
reo: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021				
- COM ELVIDAD				
MICO BAILARIN	DEL PACIENTE			
1er Apellido . 2do Apellido	HIJO DE			
o Documento de Identificación	1er Nombre 2do Nombre 162117876			
	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad			
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	05/08/2020 SUBSIDIO TOTAL			
	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO			
ección de Residencia Habilual BARRIO LA PAZ	Teléfono 3126776113			
partamento ANTIOQUIA	05 Municiplo MUTATA 4800 MUTATA			
efono Celular Correo Electrónico				
SERVICIO SERVICIO	OS AUTORIZADOS			
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama Urgencias  Indigeneral Según Guía de:  Iligo CUPS Cantidad Descripción Especialidad				
402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICAS Especialidad			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-08 Hora: 13:57			
	COMPARTIDOS			
audo del prestador Concepto Valor en pe Cuofa Moderadora Copago Cuofa de Recuperación Otro	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 € 0.00 €			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA				
nbre de quien autoriza	Teléfono			
O O actividad: AUX DE ENFERMERIA				
M: 08/08/021 ONCOMEDICA S.A. LIDA PARA INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO				
Esta ordén o	le servicio es única e intransferible			

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <</ALIDEZ 90 DIAS>>



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3806830

Fecha: 18/08/2021

Hora: 10:34:17

FIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03					
ORMACION DEL PRESTADOR (Auforizado)					
INDITECTION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364 C C ☐ Número				
digo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA					
ifono 3137764435 Departamento CORDOBA	Municipio MONTERIA   001年高高温				
reo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	eo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD				
DATOS	DEL PACIENTE				
MICO BAILARIN	HIJO DE				
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre				
o Documento de Identificación	162117876				
Registro Civil Pasaporte Cédula	a de Extranjería No Documento de Identificación Edad				
Tarjeta de identidad Adulto Sin identificación	TO BE SELECTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT				
Cédula de Cludadanía Menor Sin Identificación	65/08/2020 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO				
ección de Residencia Habitual BARRIO LA PAZ	Teléfono 3126776113				
partemento ANTIOQUIA	054 Municipio MUTATA 480				
Flono Celular Correo Electrónico	TODAS				
SERVICIO	OS AUTORIZADOS				
cación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
Urgendas	Came				
nejo Integral Según Guía de:					
ligo CUPS Cantidad Descripción  O01 INTERNACION COMPLETIDAD ALTA MARITACION	Especiatidad				
- THE STATE OF THE PERIOD OF THE PART ACION	UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-18 Hore: 10:34				
	COMPARTIDOS				
centaje cel valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enti-	dad responsable del pago % 100				
	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago				
audo del prestador Concepto Valor en pe					
☐ Cuota Moderadora ☑ Copago	0.00 €				
Cuota de Recuperación	0.00 €				
Olro					
INFORMACION DE LA	A PERSONA QUE AUTORIZA .				
ibre de quien autoriza INCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	Teléfono				
JO O BOLIVIDADE AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN					
	Teléfono Celular:				
M 18/08/2021 ORDEN VALIDA PARA: HIJO DE DOMICO BAILARIN					
·					
•					
Esta ordén o	le servicto es única e intransferible				
ma del Paciento	alida en la IPS autorizada				
SILIETO AUDIT	Only upplies and the second of the d				

Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA ≪VALIDEZ 90 DIĄS>>



### ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ilicitud ; 3 Fecha 02/08/2021 Hora; 21:36 INFORMACION DEL PRESTADOR MEDICA S.A. 812007194 Código: 230010094901 # 72-34 Ed. IMAT Teléfono: 7854344 Entidad a la que se informa (Pagador) ; 1 TEMPORAL SUMEICOL IPS Código: **SOLICITANTE** ∣mislón : 0100556635 Fecha de nacimiento: 05/08/2020 HIJO DE DOMICO BAILARIN ocumento: Número: 162117876 ión : BARRIO LA PAZ-Teléfono: 3126776113 (23) CORDOBA Cludad: (001) MONTERIA Zona:

Afiliación:

i de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Localidad ;

Ubicacion;

**UCI PEDIATRICA** 

UCI 4

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de Prioridad Atención:

ΝV

CUPS Descripción servicio Cantidad implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA

tación clinica

VER ORDEN MEDICA

incipal :

A419

SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Hacionado 1:

ilacionado 2 :

ilacionado 3 :

a :

**NBOLANOC** 

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

7854344

Celular:

3205439470

wd: ANEXO 3 HIJO DE DOMICO BAILARIN IMPLANTACI...

Asunto: Fwd: Fwd: ANEXO 3 HIJO DE DOMICO BAILARIN IMPLANTACION DE CATETER VENOSO

SUBCLAVIO O FEMORAL + ESTUDIO DE MEDULA OSEA IMAT ONCOMEDICA De: Autorizaciones Oncomedica <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 2/10/2021, 9:18 a.m.

Para: ADMISIONES <admisiones@imatoncomedica.com>

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:Fwd: ANEXO 3 HIJO DE DOMICO BAILARIN IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL + ESTUDIO DE MEDULA OSEA IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Tue, 28 Sep 2021 17:50:24 -0500

De:Sixta Rosa De Castros Escorcia <a href="mailto:autorizaciones3@imatoncomedica.com">autorizaciones3@imatoncomedica.com</a>
Para:SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <a href="mailto:autorizacionutsumeicol@gmail.com">autorizacionutsumeicol@gmail.com</a>, SUMEICO AUDITORIA AIC <a href="mailto:autorizacionutsumeicol@gmail.com">concurrenciaaicmonteria@gmail.com</a>

----- Mensaje reenviado -----

Asunto: ÁNEXO 3 HIJO DE DOMICO BAILARIN IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL + ESTUDIO DE MEDULA OSEA IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Mon, 2 Aug 2021 17:39:32 -0500

De:NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para:AUTORIZACIONES SUMEICOL <a href="mailto:sumeicol@gmail.com"><u>sumeicol@gmail.com</u></a>, Autorizaciones epsi AIC <a href="mailto:sumeicol@gmail.com"><u>sumeicol@gmail.com</u></a>, Autorizaciones epsi AIC <a href="mailto:sumeicol@gmail.com"><u>sumeicol@gmail.com</u></a>, Autorizaciones epsi

Señores:

### UNION TEMPORAL SUMEICOL

Cordial Saludo

De manera atenta adjunto el anexo Nº 3 e historia clinica para solicitud de autorización de procedimiento para el paciente:

HIJO DE DOMICO BAILARIN identificado con el numero 162117876 quien requiere

## procedimiento de IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL + ESTUDIO DE MEDULA OSEA

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realizaciónde servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requiaran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de vautorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servícios de salud, así: los ubicados en municiplos categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de saiud. Las direcciones territoriales de saiud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Satud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuardo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no la fue solicitada la autorización oportunamente. El prestedor de servicios de setud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

NCTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.

#### NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO

Asistente de Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext; 3608-3609

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

Si usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario.

ANEXO 3 HIJO DE.pdf 40,1 KB
202108021225-1.pdf 498 KB
202108021225.pdf 558 KB



### ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ilclud:

3

Fecha

08/08/2021

Hora:

21:36

INFORMACION DEL PRESTADOR

MEDICA S.A.

812007194

Código:

230010094901

# 72-34 Ed, IMAT

Teléfono:

7854344

▼ TEMPORAL SUME!COL IPS

Entidad a la que se informa (Pagador):

Código:

SOLICITANTE

lmisión:

ión:

0100556635

Fecha de nacimiento:

05/08/2020

HIJO DE DOMICO BAILARIN

ocumento:

**BARRIO LA PAZ** 

Número:

162117876

Teléfono: 3126776113

(23) CORDOBA

Cludad;

(001) MONTERIA

Zona:

U

Affliación:

Localidad:

i de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicacion:

**UCI PEDIATRICA** 

UCI 4

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención Inicial de Prioridad Atención:

2 CUPS

Cantidad

Descripción servicio

INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

5 2

INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

cación clínica

SE SOLICITA AUTORIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO,

incipal:

A419

SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

:lacionado 1 :

slacionado 2:

:lacionado 3:

BESCOBARR

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS.

10:

7854344

Celular:

3205439470

Asunto: Fwd: Fwd: Fwd: ANEXO 3 - HIJO DE DOMICO BAILARIN (CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO) | IMAT ONCOMEDICA

De: Autorizaciones Oncomedica <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 2/10/2021, 9:19 a.m.

Para: ADMISIONES <admisiones@imatoncomedica.com>

------ Mensaje reenviado ------

Asunto:Fwd: Fwd: ANEXO 3 - HIJO DE DOMICO BAILARIN (CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO) | IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Tue, 28 Sep 2021 17:51:55 -0500

De:Sixta Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: concurrenciamonteria@aicsalud.org.co

----- Mensaje reenviado ------

Asunto:Fwd: Fwd: ANEXO 3 - HIJO DE DOMICO BAILARIN (CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO) | IMAT ONCOMEDICA Fecha:Tue, 28 Sep 2021 17:51:15 -0500

**De:**Sixta Rosa De Castros Escorcia <a href="mailto:sumeicol@gmail.com"><a href="mailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sumeicol@gmailto:sum

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:Fwd: ANEXO 3 - HIJO DE DOMICO BAILARIN (CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO) | IMAT ONCOMEDICA Fecha:Sun, 08 Aug 2021 11:42:43 -0500

**De:**Autorizaciones Oncomedica <a href="mailto:salutorizaciones3@imatoncomedica.com">autorizaciones3@imatoncomedica.com</a>
<a href="mailto:Para:Autorizacionessrcr@aicsalud.org.co">para:Autorizaciones AIC <a href="mailto:salutorizacionessrcr@aicsalud.org.co">salutorizacionessrcr@aicsalud.org.co</a>

wd: Fwd: Fwd: ANEXO, 3 - H	TO DE DOMICO BAILARIN (
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	TO DO DOMINGO DUIDARIN ("

III ENVIO

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:ANEXO 3 - HIJÓ DE DOMICO BAILARIN (CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO) | IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Sun, 8 Aug 2021 11:12:01 -0500

**De:**Juan Guillermo Berrio Guzman <a href="mailto:square;"><u>autorizaciones3@imatoncomedica.com></u></a> **Para:**Autorizaciones AIC <a href="mailto:square;"><u>autorizacionessrcr@aicsalud.org.co></u>

Señores:

AIC - UT SUMEICOL IPS-

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo № 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

HIJO DE DOMICO BAILARIN identificado con el numero 162117876 hospitalización correspondiente a los días CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO.

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atemáton, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de satud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, debará remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o via fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarén a su respectiva dirección municipal de satud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de satud y los ubicados en los demás municipios deberán enviario a la dirección departamental de salud. Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.3

# Brian Escobar Rada ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS +57 (4) 7848997 Ext: 3609

#### IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

Si usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario.

-Adjuntos:	······································		
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE HIJO DE DOMICO BAILARIN.pdf			
HIJO DE DOMICO BAILARIN (01-08-2021).PDF	58,7 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (02-08-2021).PDF	62,2 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (03-08-2021).PDF	105 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (04-08-2021).PDF	65,9 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (05-08-2021).pdf	54,5 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (06-08-2021).PDF	153 KB		
HIJO DE DOMICO BAILARIN (07-08-2021).PDF	58.6 KB		



19

68

LABORATORIO CLINICO

**AMERCADOA** 

Clintos

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED, [MAT 7854344 Montería - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

204,800.00 Pág. No.: 1

#### Factura Electronica de Venta ONCF129366

1168016614	ód. Habilitació	n: 230010094901	Factura Electro	nica de	Venta ONCF1293	66	
<u></u> .		ORAL SUMEICOL IPS				ión:13.OCT.2021 16:30	
Identificación: NIT	90141836	4-1			1 * * *	lón:13.OCT.2021 16:3	
Dirección: CL	Fecha Vencimie	nto:12.NOV.2021					
Teléfono: E-Mail: utsi	umeicol.aicer	si2020@gmail.com		Cubre Desde: 6.SEP,2021			
			o Contrato-Eucoto	Otro	Ha	sta: 12.SEP.2021	
No. Contrato: Código ERP:		1 (5	o Contrato:Evento		Responsable:UNION TEMP	ORAL SUMEICOL IPS	
	RO SERPA	KAREN LICETH			No. Ad	misión: 0100570632	
No. Doc.: 104049	9859	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 311	7047996	No. Poliza:		
Médico: FABIO			ENCLATURA - EL BAGRE		No. Autorización: 3844	222	
Código	Descripció	1				Valor Total	
trea Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA					
14	MATERIAL	ES E INSUMOS				13,010.00	
15		ENTOS POS				1,378,255.00	
99	QUIMIOTE					541,100.00	
99	COMMOTE	lone and				541,100.00	
					Subtotal Area >>>	1,932,365.00	
Area Funcional:	07	URGENCIAS	<del>.</del>			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
<del></del>							
02		LOGIA Y RADIOLOGIA				81,845.00	
03	CONSULT	A MONITORIZACION Y PE	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO	os		77,170.00	
14	MATERIAL	ES E INSUMOS				10,665.00	
19	LABORAT	ORIO CLINICO				202,200.00	
				<del></del>	Cultivated Augus 222	074 000 00	
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION F	NSO 2 T1		Subtotal Area >>>	371,880.00	
Alea FullCional.	U9	HOOF: INCIDACION I	130 2 11				
13	SERVICIO	S DE APOYO EN LA ATE	NCION DE SALUD			507,400.00	
14	MATERIAL	ES E INSUMOS				50,000.00	
15	MEDICAM	ENTOS POS				35,210.00	
19	LABORATO	ORIO CLINICO				127,500.00	
					Subtotal Area >>>	720,110.00	
Area Funcional:	16	CIRUGIA					
02	IMAGENO	LOGIA Y RADIOLOGIA				81,845.00	
72						0 1,0 10.00	
				•	Subtotal Area >>>	81,845.00	
Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PIS	O 3 T2				
	OIBUOIAS	OFMED N. E.C.				2 000 000 00	
01		GENERALES	NOIGN DE CALUE			3,293,380.00	
13		S DE APOYO EN LA ATE	MOION DE SALCO			1,052,800.00	
14		ES E INSUMOS				435,177.00	
15		ENTOS POS				409,179.00	
19	LABURAT	ORIO CLINICO				204,800.00	
					Subtotal Area >>>	5,395,336.00	
Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INT	ERMEDIOS PISO 4 T2				
03	CONSULT	A MONITORIZACION Y PE	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO	os		237,600.00	
13		S DE APOYO EN LA ATE				1,052,800.00	
13		ODE APOTOCIATORATE	or woo			1,002,000.00	

COPIA 3

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF129366

Cód. Habilitación: 230010094901 Fecha Generación: 13.OCT. 2021 16:30 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Validación: 13.OCT. 2021 16:31 Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:12.NOV.2021 Teléfono: Cubre Desde: 6.SEP.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 12.SEP.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100570632 Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH Teléfono: 3117047996 Tipo Doc.: Ti No. Doc.: 1040499859 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza: No. Autorización: 3844222 Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES Valor Total Descripción Código Subtotal Area >>> 1,495,200.00 9,996,736.00 VALOR SERVICIOS: 0.00VALOR COPAGOS: 0.00VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 9.996,736,00 TOTAL NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS CON CERO 9.996.736.00 CENTAVOS \*\*\*\* \* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. roone que dicha persona está eutorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinte al Vendedor: Afiliado:

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:9247ff16a3fa57ea7907ae94adf6e1cba7f473f661c1470b5dff30a1dbb0a154

#### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION MED

3511608

Fecha: 27/08/2021

Hora: 12:24:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAI	JCA CODIGO EPSIG3						
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 🗗 901418364						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número						
Código 9014183641 Dirección del Presisdor CALLE 42 10A 38 BARRIO LOS LAURELES							
i dididid d los tot los esternistes	Municipio MONTERIA 001						
Correo; utsiumeicol,alcepsi2020@gmail.cor Contreto; 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD						
DATOS DEL PACIENTE							
ROMERO SERPA KARE							
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre						
Tipo Documento de Identificación  Registro Civil Pasaporte Cédula de Ext	ranjeria No Documento de Identificación Edad						
Registro Civil Pasaporte Cedula de Ext	To Decimation as Identification						
Cédule de Ciudadania Menor Sin Identificación	67/09/2007 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimisalo MODALIDAD SUBSIDIO						
Nirocción de Rosidencia Habitual LA SARDINA	Teléfono						
Departamento ANTIOQUIA 05200	Municipio EL BAGRE 250						
Teléfono Celular Correo Electrónico							
SERVICIOS AUT	ORIZADO\$						
Ubicación del paciente ni momento de la solicitud de la autorización							
Consulta Externa   Hospitalización Servicio	Cauna						
Manejo Integral Según Guia do:	F7						
992505 1 POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	Especialidad						
992505 1 POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD V 992502 1 TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL							
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-20 Hora: 12:24						
PAGOS COMPA	ARTIDOS						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res	ARTIDOS ponsable del pago % 100						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor do los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  O	Ponsable del pago % 100 Reclamo de liquele, bono o vale de pago						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor do los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas do nilitación del paciente a la solicitud de la autorización  O Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos	ARTIDOS ponsable del pago % 100						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor do los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  O	Ponsable del pago % 100 Reclamo de liquele, bono o vale de pago						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor do los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas do afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador  Concepto  Valor en pesos  Cuote Moderadora  Copago  Cuote do Recuperación	ARTIDOS  ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago Porcentaĵo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos						
PAGOS COMP/ Porcenteje del valor do los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas do afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador  Concepto  Valor en pesos  Cuote Moderadora  Copago  0.00 €	Porcentajo (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  0,00 €						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de ofiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago Porcentajo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  0.00 €						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de ofiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos  Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Circo INFORMACION DE LA PERS Nombre de quien autoriza EIDA ANDRADE	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago Porcentajo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  ONA QUE AUTORIZA						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos Cueta Moderadora Copago Cueta de Recuperación Oldo INFORMACION DE LA PERS Nombre de quien autoriza EIDA ANDRADE Cargo o actividad; Teláfi	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago  Porcentajo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  ONA QUE AUTORIZA  ONO Celular;						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de ofiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos  Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Circo INFORMACION DE LA PERS Nombre de quien autoriza EIDA ANDRADE	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago  Porcentaĵo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  ONA QUE AUTORIZA  ONO Celular;						
PAGOS COMP/ Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos Cueta Moderadora Copago Cueta de Recuperación Oldo INFORMACION DE LA PERS Nombre de quien autoriza EIDA ANDRADE Cargo o actividad; Teláfi	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago  Porcentajo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  ONA QUE AUTORIZA  ONO Celular;						
PAGOS COMP/ Porcentaje del velor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res Semanas de ofiliación del pacienta a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos Cueta Moderadora Copago Cueta Moderadora Copago Cueta de Recuperación INFORMACION DE LA PERS Nombra de quien autoriza Felón EIDA ANDRADE Cargo o actividad:	Ponsable del pago % 100  Reclamo de liquele, bono o vale de pago  Porcentaĵo (%) Valor Máximo (Topo) en pesos  ONA QUE AUTORIZA  ONO Celular;						

Volume 5 5 CYPQ

Esta ordén do aoryloto os única o intransforbio Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ OO DIAS>>

Pagina ia 1 de 1



#### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMÉRO AUTORIZACION MED

3511607

Fecha: 27/08/2021

Hora: 42:27:32

	BLE DEL PA	GO ASO	CINCION INDI	GENA DEL C/	VUCA	COI	DIGO EPSI	03		
INFORMACION DEL P	RESTADOR (	(Autorizado)		_		NI	T 7 9014	19984		
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS					Į.	C C Número				
Código 9014183641	Dirección	n del Prestador	CALLE 42 10/	36 BARRIO	LOS LAU	RELES	<u></u>			
Telétono 3137764435	Departament	o C	ORDOBA	23	A A	Auntoiplo i	MONTERIA	001		
Correo: ulsumetcot.ak	:opsi2020@g	mail.cor Contrate	o: <b>524-2021</b>		RECUP	ERACION DE LA SAL	UD MEDIAN	IA Y ALTA COMPLEJIDAD		
DATOS DEL PACIENTE										
ROMERO		SERPA		KAR	EN		LICETH			
1er Apellido		2dc	o Apelildo			1er Nombre		2do Nombro		
Tipo Documento de lo	lentificación					1040499859				
Registro Civil	. 🛚	Pasaporte		Cédula de Ex	tranjerla	No Documento de Ide	entilicación	Edad		
	ala <u></u>	Adullo Sin Idea				07/08/2007		SUBSIDIO TOTAL		
		Menor Sin Idei	mitesteso11			Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO		
Dirección de Residenci		A SARDINA		P				Teléfono		
	TOQUIA		·		Missile N	ynulcibjo El BAGE	E	250		
Teléfono Cetular	·····		Correo Electrór	ilco		_,, _,				
			- SE	RVICIOS AUT	ORIZADI	08				
Ubicación del paciente al momento do la solicitud de la autorización  Consulta Externa Hospitalización Servicio Conta										
						1211240011	<del></del>			
Manejo Integral Según G Códlaro GUPS Cantida		ción					Fenar	ialided		
Codigo CUPS Cantida 033101	d Descrip	ción N LUMBAR (DIAGI	NOSTICA O TER	APEUTICA)			Espec	sial dad		
Código CUPS Cantida 033101 1	Nd Descript PUNCION	N LUMBAR (DIAGI	NOSTICA O TER	APEUTICA)	F	echa: 2021-08-20		1		
Código CUPS Cantida	Nd Descript PUNCION	N LUMBAR (DIAGI	·····	APEUTICA)		echa: 2021-08-20		stalldad a: 12:27		
Gódigo GUPS Cantida 033101 1	Ad Descript PUNCION CITUD ORIGE	NEUNBAR (DIAGI EN: 2	P	AGOS COMPA	ARTIDOS	i		1		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLI  Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de	PURCION CITUD ORIGE OS SERVICIOS d	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 e este autorizad	Pa tón a pagar por	AGOS COMPA	ARTIDOS ponseble	i	Hors 100	a: 12:27		
Gódigo GUPS Cantida 033101 1 NUMERO DE SOLIO Porcentaje dei valor de l	Description of the control of the co	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 e este autorizada a solicitud de la a	Pa ión a þagar por autorización	AGOS COMPA	ARTIDOS ponseble	del pago %	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLI  Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de	Description PUNCION CITUD ORIGE OS SERVICIOS de paciento a fractento a fractento Mo Concepto Cuota Mo Copago Cuota de fractento de frac	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 e este autorizada a solicitud de la a	Pa ión a þagar por autorización	AGOS COMPA ta entidad res	ARTIDOS ponseble	del pago % Reclamo de tiquete, b	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLI  Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de	Description PURCION PURCION CITUD ORIGE Os servicios de paciento a fractento a fractento Moderna Moder	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pa ión a þagar por autorización	AGOS COMPA ta entidad res 0 en pesos	ARTIDOS ponsable F	del pago % Reclamo de tiqueto, b Porcentaĵo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLI  Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de	Description of the Conceptor Cuota Mo	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pador por autorización Valor	AGOS COMPA ta entidad res 0 en pesos	ARTIDOS ponsable F F C ONA QUI	del pago % Reclamo de tiqueto, b Porcentaĵo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Código CUPS Cantida 033101 1 NUMERO DE SOLIO Porcentaje dei valor de l Semanas de alitación de Recaudo del prestador	Description of the Conceptor Cuota Mo	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pador por autorización Valor	AGOS COMPA  ta entidad res  o en peros  0,00 e	ARTIDOS ponsable F F C ONA QUI	del pago % Reclamo de tiqueto, b Porcentaĵo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLIO Porcentaje del valor de l Semanas de afilfación de Recaudo del prestador	Description of the Conceptor Cuota Mo	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pador por autorización Valor	AGOS COMPA  ta entidad res  o en posos  0.00 €  DE LA PER6	ARTIDOS ponsable F F C ONA QUI	del pago % Reclamo de tiquete, b Porcentajo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Cédigo GUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLI  Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriz EIDA ANDRADE	Description of the Conceptor Cuota Mo	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pador por autorización Valor	AGOS COMPA  ta entidad res  o en posos  0.00 €  DE LA PER6	PONA QUI	del pago % Reclamo de tiquete, b Porcentajo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		
Código CUPS Cantida 033101 1  NUMERO DE SOLIO Porcentaje dei valor de l Semanas de afiliación de Recaudo del prestador  Nombre de quien autoriz EIDA ANDRADE Cargo o actividad:	Description of the Conceptor Cuota Mo	N LUMBAR (DIAGI EN: 2 le este autorizaci a solicitud de la : deradora Recuperación	Pador por autorización Valor	AGOS COMPA  ta entidad res  o en posos  0.00 €  DE LA PER6	PONA QUI	del pago % Reclamo de tiquete, b Porcentajo (%) 0.00 €	Hore 100 ono o vale d	a: 12:27 e pago		

Colanis Serpoc.
Firma del Paciente

Esta ordén de servicio es única e intrensferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA «VALIDEZ 90 DIAS»

Pagina a 1 de 1



Firma dot Pacionte

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL: AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3844222

Fecha: 09/09/2021

Hora: 18:53:16

ENTIDAO RE	SPONSABLE	DEL PAG	GO ASC	CIACION INDI	BENA DEL CAL	JCA	(	CODIGO	EPS10	3		
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)						NIT [2] 0000000000-0					٦.	
Nombre PRESTADOR NO CONTRATADO A NIVEL NACIONAL							cc 🗆	Nûmer		<del>-</del>	_	
Código 000	000000000	Dirección	del Prestador	NACIONAL CO	OLOMBIA			<u> </u>		<del></del>		
Teléfono		parlantente	)	CAUCA	tá 🏄	internal N	Aunicipio	POP/	YAN		001	454
Correo:			Contra	lo: 298-2021		RECUP	ERACION DE LA	SALUD M	EDIANA	YALTA C	OMPLEJID/	ND_H
		· · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<u> </u>	DATOS DEL PA	ACIENT	Ę			·····		
MENZA			VALENCIA		JHOR	RCHS		нu	MBERT	0		
1er Aps	allido	<u></u>		lo Apeliido			1er Nombre		_	2do Nami	re	
Tipo Dosmu		tificación		•			1062303097		1			
Registro (	Civil	ш	Pasaporte		Cédula de Exi	ranjerta	No Documento d	e Identific	ación	1	Edad	
Tarjeta de	e IdenIIdad	Ö	Adulto Sin Idi	entificación			12/05/19			SUBSIDIO	TOTAL	
	e Cludadania		Menor Sin Ide	antificación			Fecha de Nacimie				AD SUBSID	Olo
Dirección de l	Reskiencia H	abitual E	L AGUILA	·-			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Teléfono		
Departamento	O CAUCA	١		** *******	19		Municipio SAN1	<b>CANDER</b>			698	68)
Telèfono Celu	ılar			Correo Electró	nico							
<del></del>		•		SE	RVICIOS AUTO	ORIZAD	OS					
I thiosolán da	l neclenia al c	nomento e	lo la solicitud da	e la autorización						•		
				HOSPITALIZ					$\neg$	Cama [		
Urgenclas			-,									
	ral Segûn Gufa	de:										
Código CUP		Descrip	ción						Espec	alldad		
10A001	. 1	INTERN	ACION COMPLE	JIDAO ALTA HABI 	TACION UNIPER	ISONAL (	INCLUYE AISLAMIE	NTO)				
NUMERO	DE SOLIÇIT	UD ORIG	EN: 1				Fecha: 2021-09-0	99	Hora	: 18:53		
<b></b>				£	AGOS COMPA	ARTIDOS	<u> </u>				<u> </u>	
Porcentaje de	l valor de los	servicios o	ia esta autoriza	ición a pagar po	r la enlidad res <sub>l</sub>	ponsable	e del pago %	L	100		] .	
Semanas de a	afitiación del p	aciente a	la solicitud de l	a autorización	0		Reclamo de tique	te, bono e	o vale de	pago		
Recando del p	prestador	Concept	0	Valo	r en pesos		Porcentajo (%)	Vai	or Máxia	m <u>o (Topa)</u>	en pesos	
<u> </u>		Cuota Mo	oderadora				0.00	1				
	. 2	Copago		<u> </u>	0.00 \$	}	0.00 \$	·	•	-		
	· 📮		Recuperación	<b>⊢</b>		ŀ		ł				
		Olro		INFORMACIO	OE LA PERS	ONA GI	JE AUTORIZA			<u>-</u>		
Nombre de qu	ilen autoriza				Teléfo	ono		-				
LORENA MUI	ELAS PECHE	NE										[
Cargo o activid	đad: AUX DE	ENFERM	ERIA		Teléfo	ono Celt	ılar:					
FOM 09/09/2021 VALIDO PARA EL PRESTADOR ONCOMEDICA S.A. UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS												
					•							
'												
												- 1
I							•					ŀ
												ŀ
<u> </u>			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del>-</del>
				Esta	ordén do sorvic	lo os fini	ca o intransforlide					

Esta ordán do sorvicio os finica o intensforible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <</ALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 do 1



Quien Aujorita

#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 | Codigo: 9014183641 | CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

13/09/2021 09:08:40 a.m.

Firma Paciente

MONTERIA - CORDOBA Orden de Servicios No. 1162 Usucalo: II 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH Diry Yel: CALLE I Nº 4-50 239968 07/08/2007 Edad: 14 años, 1 meses y 7 días Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nii 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996 Confrato: **524 MODALIDAD EVENTO** Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 in the trailing of the second ESTANCIAS 106MOI INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO Total Servicios:

Firma Realizó



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTÓRIZACIÓN POP

3849237

Fecha: 13/09/2021

Hora: 21:16:03

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INC	DIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [2] 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	CC Número
Código 9014183841 Dirección del Presiedor CALLE 42 10	
Telèfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Corroo: ulsumelcol.aicapsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS DEL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apeliido 2do Apeliido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1040499859
	Cédula de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjela de Identidad 🔲 Adullo Sin Identificación	
Céduta de Ciudadanta Menor SIn Identificación	07/08/2007 SUBSIDIO TOTAL Facha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilual LA SARDINA	Teléfano
Departamento ANTIQQUIA	05 - Deleter Municipio EL BAGRE 250 (41) (10) 1
Teléfono Celular Correo Electr	
S	SERVICIOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorizació	
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALI	
Urgancias	7,70,00
Manejo Integral Según Guia do:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
880402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIA	ALIDADES MEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-13 Hore: 21:16
	PAGOS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar p	por la entidad responsable del pago % 190
Semenas de alitiación del pactente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de (Iquete, bono o vale de pago
	or on pesos Porcentajo (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Cuola Moderadora	0.00 \$ 0.00 \$
☑ Copago	
Otro	
	ON DE LA PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	Tabliana Calulau
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Telôfono Celular:
FOM 13/09/2021 ONCOMEDICA S.A. VALIDA PARÀ INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO PEDIÁTRICO	INTERMEDIO PEDIÁTRICO INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTER
Est.	ta ordán de servicio os única o intransferible
Ekwa dal Projento	Solo yatida en la IPS autorizada Pagina (a. 1. de. 1.



### UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS

NII; 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 09/09/2021 10:51:09 a.m.

Usucalo: CC 1062303697	MENZA VALENCIA JHOR	CHS HUMBE	Orden de Servicios No	. 1131
Diry Tel: CALLE I Nº 4-50	239968		10/09/2021 Edad : Ó añ	ios, 0 meses y 0 días
Administradora: EPSIO3 ASC Contrato: 524 MODALIDA		CAUCA	Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº	4-50 Teléfono 23996
Dirección y Teléfono:	ONCOMEDICA S.A. CRA 6 # 72-34 ED. IMAT		·	
				limby signing clads
08 ESTANCIAS 10A001 INTERNACIÓN COM: AISLAMIENTO]	PLEJIDAD ALTA HABITACION	UNIPERSONAL (INCLUY)	E · 1	
			Total Servicios:	
Anglu Men		rfinales .		
ANGELICA MARTINEZ RIAZA	MON	ICA FAJARDO ARGEL		
Quien Autoriza		Firma Realizó	Flira	no Paclente

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

#### Factura Electronica de Venta ONCF129376

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 13.OCT.2021 16:42 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 13.OCT.2021 16:43 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 12.NOV 2021 Teléfono: Cubre Desde: 10.SEP 2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 11,SEP,2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100581661 Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH Tipo Doc.: Teléfono: 3117047996 No. Doc.: 1040499859 Dirección; BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza: No. Autorización: 46099768 Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR Valor Total Descripción Códiao UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: 68 400,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS Subtotal Area >>> 400.000.00 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: 69 600,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS Subtotal Area >>> 600,000.00 VALOR SERVICIOS: 1,000,000.00 VALOR COPAGOS: 0.00 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 1.000,000,00 TOTAL 1,000,000.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma dis Afiliado: Firma Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021/Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwaretD: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:a08b8975df0a495384e7dfb63650a077b05bda0868fcf0d7

#### Trazabilidad de la Prescripción

20210906[20030017655	
Nro, Prescripción	
2021-09-06	

DATOS DEL PRESTAD	OR				
Nombre Prestador de Servicio ONCOMEDICA S.A.	s en Salud;		Documento de Identificación: 812007194	Código de Habilitación: 230010094901	
Dirección: KRA 6 # 72-34	Тоібfопо; 7854344		Departamento: CORDOBA	Municipio: MONTERIA	
DATOS DEL PACIENTE					
Nombre del Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICE	гн		Documento de Identificación: Ti 1040499859	Ambito Atención; Hospitalario - Internación	
Diagnóstico Principal: C910-Leucemia liniobiastica agu	da (LLA)		Numero Historia Clinica; 1040499859	Usuarlo Régimen:	
PROFESIONAL TRATA)	NTE				
Nombre: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUI	z.		Documento de Idontificación: CC 33378491	Registro Profesional: 09508	
DATOS DE LA TECNOL	OGÍA O SERVICIO				
Tecnología o Servicio Prescrito 905504-METOTREXATO SEMIA		ZADO	Tipo de Tecnología: Procedimiento	Cantidad Prescrite; 5	
No. Prescripción: Fecha de Prescripción; 20210906120030017655 2021-00-06			Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC		
INFORMACIÓN REPORT	res				
Entrega Hospitalaria Repoi		Réporte	Entroga	<del>-</del>	
No Entrega: 1 Id: 63758391		ld : 8376839	)1		

No Entrega: 1 Id: 63758391 Id, Entrega: 48051003

Tecnologia Entregada: 905504

Entrega Totel: SI Cantidad Entregada: 5 Fecah de Entrega: 2021-09-11

Olspensade por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

ld Reporte Entrega: 46099768 Vator Entrega: \$ 1000000

Entrega Reportada por: Alfredo Enriqua Miranda Roqueme

#### Reporte Factura

ld: 30610350

ld Facturación: 32815590

Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

No. Factura: e08b8976dt0a495384e7dfb63650a077b05bda0868fcf0d79cf1b69092l12944eba4648I492061fa8c4d09b77f9cee11

Valor Enclurado; 1000000 Cuoto Moderadora; 0

Copago: 0

Factura Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF131557

Numbre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 20.OCT, 2021 16:58 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 20.OCT, 2021 16:59 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:19.NOV.2021 Teléfono: Cubre Desde: 11.OCT.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:11.OCT.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Admisión: 0100582677 Teléfono: 3205342149 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO / No. Poliza: No. Autorización: 103 Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES Vafor Total Descripción Código QUIMIOTERAPIA Area Functional: MEDICAMENTOS NO POS 5,633,555.00 Subtotal Area >>> 5,633,555,00 5,633,555.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 5,633,555.00 TOTAL CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO 5,633,555.00 CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asímila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y Afiliado: Vendedor: Altrogram E (00) conforme la mercancia. Acepto este facture. Firma RECIBE: Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900\$90126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:96b9cc19d8c293284e9f5f23421130570394fac17c844418f3



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit; 901418364-1 Código; 9014183641 CALLE42#10A36-3137764435 MONIERIA - CORDOBA

Fecha Orden 16/09/2021 10:07:35a.m,

Usnario: R.C 1039654124 WILLER JUMI SAPIA

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

103

Administratora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2014 Nit 817001773-3. CALLE 1 № 4-50. Teléfono 23996

Contrato:

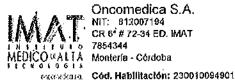
**524 MODAUDAD EVENTO** 

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

CL 72 6 A 87 Teléfono; 3146303459

200000000000000000000000000000000000000				
, Description:		Çenildad	YrUnliatin	Subyrolat
[PRGASPARGASA] 750U/IMIL/C	OTRAS SOLUCIONES	LVIAL	5.443,050	5,443,050
	Λ Δλ	Total Servicio	s:	
Anglin Hen	National Palardo Vergerit	·		
Quien Antoriza	Firma Realizó		Firma Pacle	nie



Oncomedica S.A. NIT: 813007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

#### **HOSPITALIZACION PISO 2 T1**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF131596



	IION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generac	ión:20.OCT.2021 17:36
Identificación: NI Dirección: CL	T 901418364-1 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - M	ONTERIA - CORDOBA		1	fón:20.OCT.2021 17:36 nto:19.NOV.2021
Teléfono:	umeicol.aicepsi2020@gmail.com				de: 1.OCT.2021
		and American	Olm		sta:14.OCT.2021
No. Contrato: Código ERP:	ı	ipo Contrato:Evento	Otro Respons	ble:UNION TEMF	PORAL SUMEICOL IPS
Paciente: JUMI S				No. Adı	nisión: 0100578633
No. Doc.: 103965	4124		3205342149	No. Poliza:	
	CARLOS PADILLA LORA		No. /	utorización: 1725	
Código	Descripción				Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA				
14	MATERIALES E INSUMOS			-	29,846.00
15	MEDICAMENTOS POS				4,787,213.00
			Subtotal	Area >>>	4,817,059.00
Area Funcionat:	09 HOSPITALIZACION	PISO 2 T1			
01	CIRUGIAS GENERALES				318,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y F	PROCEDIMIENTOS DIAGNOST	ricos		587,026.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATI				2,537,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS				534,759.00
15	MEDICAMENTOS POS				1,955,519.00
19	LABORATORIO CLINICO				405,700.00
99	QUIMIOTERAPIA				541,100.00
			Subtotal	Area >>>	6,879,104.00
		VALO	R SERVICIOS:		11,696,163.00
		· VALO	OR COPAGOS:		0.00
		VALOR PAGO (	COMPARTIDO:		0.00
		VALOR	DESCUENTO:		0.00
		VALOR TO	TAL FACTURA:		11,696,163.00
TOTAL	SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL	CIENTO CECENTA VIDEO E	ESOS CON CERO CENT	FAVOR ****	
**** **** **** ****	5E35()EN 105 NOVEN 1A 7 5E15 MIL	. CIENTO SESENTA I TRES P	2505 CON CERO CEN	AVOS	11,696,163.00
La presente factura ele servicios a entera satis	ctrónica de venta de compraventa se asimila facción.	en sus efectos a una letra de camb	io (artículo 5 Ley 1231 de 200	8). El contratante dec	11,696,163.00  lara haber recibido los  stá autorizada para firmar y  Acepto esta factura.
Afiliado:		Sa hace constar que recibir, confesar la de DE ALTA DEGLES ALTA DE	FECHA: Firm	20mr.	stá autorizada para firmar y a. Acepto esta factura.
<del></del>	ción de Facturación Electrónica Dian	\ N° 18763002337408 del 04/12/	2019 at 04/12/2021 Vinen	ria 24 meses. Pre	filo ONCE del

consecutive ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# т (E)

creerisasa Cód, Habilitación: 230010094901

#### Factura Electronica de Venta ONCF131596

		1. 230010034501		II a Lico	ti Oilioa a	C FOITGE CHOI 1010	
Nombre Cliente: UN Identificación: NIT		PRAL SUMEICOL IPS -1				1 ' ' ' '	ón:20.OCT,2021 17:36 ón:20.OCT,2021 17:36
Dirección: CL		RR LOS LAURELES - MO	ONTERIA - CORDO	)BA		Fecha Vencimier	
Teléfono: E <sub>-</sub> Mail: utst	imeicol.aiceps	si2020@gmail.com		•		1	de: 1.OCT.2021
No. Co. ⊮rato:		Tij	po Contrato:Evento	,	Otro		sta:14.OCT.2021
Código ERP:		·				Responsable:UNION TEMP	
Paciente: JUMI S				Találanas	3205342149	No. Adn	nisión: 0100578633
No. Doc.: 103965/ Dirección: COMUN Médico: JOSE C	IIDAD TURRI	Tipo Doc.: Ti QUITADOLLANA - MURI LLA LORA	NDO	reletorio.	3203342149	No. Poliza: No. Autorización: 1725	
Código	Descripción						Valor Total
Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA					
14	- MATERIALE	ES E INSUMOS					29,846.00
15	MEDICAME	NTOS POS					4,787,213.00
		•					
			-			Subtotal Area >>>	4,817,059.00
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION I	PISO 2 T1				,
01	CIRUGIAS C	GENERALES					318,000.00
03	CONSULTA	MONITORIZACION Y P	ROCEDIMIENTOS	DIAGNOS	TICOS		587,026.00
13	SERVICIOS	DE APOYO EN LA ATE	NCION DE SALUC	)			2,537,000.00
14	MATERIALE	S E INSUMOS					534,759.00
15	MEDICAME	NTOS POS					1,955,519.00
19	LABORATO	RIO CLINICO					405,700.00
99	QUIMIOTER	APIA					541,100.00
						Subtotal Area >>>	6,879,104.00
				VALC	R SERVICI	OS:	11,696,163.00
				VAL	OR COPAG	OS:	0.00
			VALO	R PAGO	COMPARTI	DO:	0.00
				VALOR	DESCUEN	TO:	0.00
			VA	LOR TO	TAL FACTU	RA:	11,696,163.00
TOTAL		r-					
ONCE MILLONES S	SEISCIENTOS	NOVENTA Y SEIS MIL	CIENTO SESENTA	AYTRESF	esos con c	ERO CENTAVOS ****	11,696,163.00
La presente factura ele servicios a entera satist		a de compraventa se asimila	en sus efectos a una l	letra de camb	io (articulo 5 Ley	1231 de 2008). El contratante dec	lara haber recibido los
Afiliado:		Vendedor:	Se ha	ce constar que r, confesar la di	la firma distinta al c euda y obligar al co FACTO	omprador supone que diche persone es persone que diche persone es NIT 901418364-1	slå autorizada para firmar y ). Acepto esta factura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000, Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFI/KA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

09 AMIRANDAR Clintos COPIA 3 Pág. No.: 1



ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Qulen Auloriza

#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nif: 901418364-1 Codlgo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 14/10/2021 10:11:29

firma Paciente

1730 Orden de Servicios No. Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Dir y Tel: CALLET Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 3 meses y 29 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239961 **524 MODALIDAD EVENTO** Conkalo: ONCOMEDICA \$.A. Prestador del Servicio Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 ana effection (9))))((lqt) Applipation **ESTANCIAS** 10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO) Total Servicios:

Firma Realitó



Quien Autoriza

#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 05/10/2021 12:13:34 p. m.

Flinici Paclente

Orden de Servicios No. 1528 Usuarto: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 3 meses y 17 días Administrationa: EP\$103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NH 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 **524 MODALIDAD EVENTO** Contrato: ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 ing salah dina sampia) Winibib **ESTANCIAS** INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE 10A001 Total Servicios:

firma Realizó



Qulen Autoriza

#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codlgo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 8/10/2021 10:52:01 -

Firma Paciente

Orden de Servicios No. 1739 Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 3 mases y 29 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Téléfono 23996i Contrato: **524 MODALIDAD EVENTO** Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344 មេកម្ចាម្រង់ម៉ា Morning. Goallitell. 10A001 ... INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL JINCLUYE AISLAMIENTO) Total Servicios:

Flima Realizó



Firma del Paciento

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3889303

Fecha: 08/10/2021

Hora: 17:43:63

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA D	EL CAUCA CODIĢO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombro UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	RRIO LOS LAURELES
Teléfono 31:17764435 Departamento CORDOBA	23 . Municipio MONTERIA 001 11 (18)
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATO8	DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1or Apeliido 2do Apeliido Tipo Documento de identificación  Registro Civil Pasaporte Cédula Tarjela de Identiidad Adulto Sin Identificación Cédula de Ctudadania Menor Sin Identificación	de Extranjeria    1039854124
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Taléfone
Consideration of the contract	05 Municipio MURINDO 478
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIO	S AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa   Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Urgencias  Alanejo Integral Según Guín de:  Código CUPS Cantidad Descripción  10A601   INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION C	Cuma 10  Especialidad  JNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-08 Hora: 17:43
PAGOS C	OMPARTIDOS
Cuota de Recuperación Otro	Reclamo de figuete, bono o vale de pago  Porconteje (%) Valor Máximo (Tope) en pasos  0.00 \$ 0.00 \$
	PERSONA QUE AUTORIZA
Nomino de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON	Teléfono
Cargo o aclividad: ATENCION COMUNERO	Telèlono Colular;
FOM 08/10/2021	
; )	
Esta ordón do	sarvicto es únice o intransferiblo

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Poulpe a 1 de 1



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3899125

Fecha: 14/10/2021

Hora: 18:47:15

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA I	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 601418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prostador CALLE 42 10A 36 8/	RRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Muntcipio MONTERIA 001
Correo: ulsumelcol,ajcepsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039854124
Registro Civil Paseporte Cédula	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	19/08/2014 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Cludadania Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono
Departemento ANTIOQUIA	05 Municipio MURINDO 476
Teléfono Celular Correc Electrônico	- A-1/1/1007-100-100-100-100-100-100-100-100-100
SERVIGIO	S AUTORIZADOS
Ubleación del paciente al momente de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa [7] Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Gama
Urgenclas	- Contract
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Espocialidad
10A001   INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION	UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-14 Hora: 18:47
PAGOS	COMPARTIDOS
Porcentaje del vator de los servictos de esta autorización a pagar por la enti-	fad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solictiud de la autodzación	Reclamo de liquato, bono o vala de pago
Recaudo de: prestador Concepto Valor en per	os Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pasos
Cuota Moderadora	0.004
2 Copago	0.00 \$ 0.00 \$
Cuota de Recuperación Otro	
	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de gulen autoriza	Teléfono
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teláfono Colular:
FOM 14/10/2021	
	•
·	
Esla ordên d	o servicio es única e intransferible

Esta orden de servicto es única e intransferible Soto valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3901696

Fecha: 16/10/2021

Hora: 12:08:57

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DI	L CAUCA CODIGO EPSI03					
NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado) NIT ₩ 901418364						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número					
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAR	RIO LOS LAURELES					
000183	3 Municipio MONTERIA 001					
Correo: ulsumelcol.aicepsi2020@gmail.co Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
	DEL PACIENTE .					
JUMI SAPIA .	WILLER					
ter Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre					
Tipo Documento de Identificación	1039654124					
Registro Civil Pasaporte Cédula	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad					
Tarjeta de Identidad 🔲 Adulto Sin Identificación	19/08/2014 SUBSIDIO TOTAL					
Cédula de Cludadania Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO					
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono					
Departamento ANTIOQUIA	05 Municipie MURINDO 475					
Teléfono Celular Correo Electrónico						
8ERVICIO	SAUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Urgencias	Cama QO					
Manejo Integral Según Guta de: Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad					
992502 1 TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL 033101 1 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTIC 992505 1 POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICII	AD					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-16 Hora: 12:08					
PAGOS (	OMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	ad responsable del page % 100					
Semanas de alillación del paciente a la solicitud de la autorización	Reciamo de liqueis, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador Concepto Valor en pos	os Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
Cuota Moderadora	0.00 \$					
✓ Copage						
Cuota de Recuperación Otro						
INFORMACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombro de quien autoriza	Teléfono					
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ						
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:					
FOM 15/10/2021						
	·					

Esta ordán de servicio es única e intransferible Solo valida en la iPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NIt: 901418364-1 Códlgo: 9014183641

CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Feelin Orden 16/09/2021 10:07:35a.m.

Usuarlo: R.C 1039654124 WILLER JUMI SAPIA

DiryTel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

PECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2014

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

**524 MODALIDAD EVENTO** 

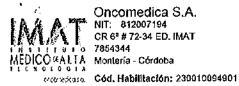
Prestador del Servicio Dirección y Teléfono;	INSTITUTO N CL 72 6 A 87	IEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMA Teléfono: 3146303459	r .		
Deter priling !			Candijad	yrtiolfarlö	Suli Total
įpegaspargas.	AJ 780UI/IML / OTR	AS SOLUCIONES	1 VIAL	5,443.050	5,440,050
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Total Servicio	057	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
ANGELICA MADUNEY DI	-  -	ACMICA EA LABOR ARCEU			

<u>ANGELICA MARTINEZ RIAZAZA</u> Qulen Autoriza

<u>MONICA FAJARDO ARGEIL</u>

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF134567

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 27.OCT.2021 16:03 Fecha Validación: 27.OCT.2021 16:03

Fecha Vencimiento:26.NOV.2021

Cubre Desde:11.OCT.2021 Hasta:12.OCT.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL EPS

Paciente: MAJORE BAILARIN DIANA MARIA

No. Doc.: 1193438010

Tipo Doc.: CC

Teléfono: NO TIENE

No. Admisión: 0100581008

Dirección: COMUI Médico: CARLO	NIDAD INDIGE	NA ISLA - MURINDO OPEZ ROJAS	No. Poliza: No. Autorización: 3889608		
Código	Descripción		TANK TO SEE THE SEE TH	Valor Total	
Area Funcional:	15	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1			
15	MEDICAMEN	ITOS POS		1,375.00	
			Subtotal Area >>>	1,375.00	
Area Funcional;	72	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2		•	

<del></del>	3377.2277		
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA		163,690.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y P	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,714,800.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATE	INCION DE SALUD	526,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS		178,300.00
15	MEDICAMENTOS POS		271,094.00
19	LABORATORIO CLINICO		252,100.00
26	RESONANCIA		1,692,300.00
			•

Teléfono: NO TIENE		<u>س</u> ا
No. Poliza:		7
No. Autorización: 3	889608	Ø
100.00 - 100	Valor Total	Š
ISIVO PISO 4 T1		5
		9
	1,375.00	Ξ
	1,0,0,00	껋
Subtotal Area >>>	1,375.00	87e
	1,375.00	호
ISĪVÕ PISO 3 T2		눥
	163,690.00	1
DOOFDIESENTOG DIA ONOCTIOOC		ğ
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,714,800.00	ᇎ
ENCION DE SALUD	526,400.00	ő
: I	178,300.00	27.4
	271,094.00	850
	252,100.00	\$
	1,692,300.00	ad
		ğ
Subtotal Area >>>	4,798,684.00	594
VALOR SERVICIOS:	4,800,059.00	55
VALOR COPAGOS:	0.00	Š
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00	Š
VALOR DESCUENTO:	0.00	g
VALOR TOTAL FACTURA:	4,800,059.00	ğ
VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO:	0.00 0.00	7.4 hE44 hE7E 040 024 0 E0 E0 E0 E0 E O E O E O E O E O E O E

TOTAL

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

4,800,059.00

La presente factura efectrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido fos servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

amedica s 81200719A-8

preixir South Guiceme persona está autorizada para firmar y

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

**AMERCADOA** 

Clintos

COPIA 3

Pág. No.: 1



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

**NUMERO AUTORIZACION POP** 

3892269

Fecha: 11/10/2021

. Hora: 20:07:19

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIAC	ION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPSIC	03					
	NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado) NIT 🗹 901418364							
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			C C Número					
Código 9014183841 Dirección del Prestedor CAL	E 42 10A 38 BARRIO LOS LA							
		Municipio MONTERIA	<b>501</b> 4 4 4 4 4					
1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 +		PERACION DE LA SALUD MEDIAN						
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 52	>		A FACIA COMPCESIONO					
I net tout	DATOS DEL PACIEN	MARIA	. Mary processor and a second					
MAJORE BAILARIN  1er Apellido 2do Ape	DIANA	1er Nombre	2de Nombre					
ter Apellido 2do Ape Tipo Documento do identificación		1103438010	200 HOHIME					
Registra Civil   Pasaporte	Cédula de Extranjeria		Edad					
Tarjota de Identidad Adulto Sin Identifica	lenid '		SUBSIDIO TOTAL					
🖸 Cédula da Ciudadania 💢 Menor Sin Identifica	ción	17/08/1999 Fecha de Nacimiento	MODALIDAO SUBSIDIO					
Dirección de Residencia Habilual MURINDO			Teléfono					
Departamento ANTIQUIA	05.	Municipio MURINDO	478					
Telèlono Colular Corre	o Electrónico							
	SERVICIOS AUTORIZA	D08						
Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la eu  Consulta Externa M Hospitalización Servicio HO  Urgencias			Cama					
Manajo integral Según Guía do: Código CUPS Centitiad Dasoripción Especialidad								
Código CUPS Cantidad Descripción	CEGERDO	Espec	lalidad					
Código CUPS Centiciad Descripción 883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE	GEREBRO							
Código CUPS Cantidad Descripción		Fecha: 2021-10-11 Hore	: 20:07					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 ID1 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	PAGOS COMPARTIDO	Fecha: 2021-10-11 Hore						
Código CUPS Cantinad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a	PAGOS COMPARTIDO	Fecha: 2021-10-11 Hora SS 100	x: 20:07					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 ID1 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del yator de los servicios de este autorización a Semanas de afflación del paciente a la solicitud de la autor	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat	Fecha: 2021-10-11 Hora PS le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale de	e pago					
Código CUPS Cantinad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos	Fecha: 2021-10-11 Hora SS le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi	x: 20:07					
Código CUPS Centikied Descripción  883 ID1 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor  Recaudo del prestador Concepto  Cuota Moderadora	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat	Fecha: 2021-10-11 Hora PS le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale de	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor  Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos	Fecha: 2021-10-11 Hora SS le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autori Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago Cuola de Recuperación Otro	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autori Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago Cuola de Recuperación Otro	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos 0.00 \$	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor  Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación  Otro	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos 0.00 \$	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi	e pago					
Código CUPS Centikied Descripción  883 ID1 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor  Recaudo del prestador Concepto  Cuota Mederadora  Copago  Cuota de Recuperación  Otro  INFO	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización 0 Valor en pesos 0.00 \$	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883 101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a Semenas de afflación del paciente a la solicitud de la autor Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación Olro  INFO  Nombre de quien autoriza  CORENA MUELAS PECHENE	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización  Valor en pesos  0.00 \$  RMACION DE LA PERSONA C  Teléfono Ce	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a Sentenas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación Olro  INFOL  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo e actividad: AUX DE ENFERMERIA	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización  Valor en pesos  0.00 \$  RMACION DE LA PERSONA C  Teléfono Ce	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a Sentenas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación Olro  INFOL  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo e actividad: AUX DE ENFERMERIA	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización  Valor en pesos  0.00 \$  RMACION DE LA PERSONA C  Teléfono Ce	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a Sentenas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación Olro  INFOL  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo e actividad: AUX DE ENFERMERIA	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización  Valor en pesos  0.00 \$  RMACION DE LA PERSONA C  Teléfono Ce	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					
Código CUPS Centiciad Descripción  883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a Sentenas de afiliación del paciente a la solicitud de la autor Recaudo del prestador Concepto  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación Olro  INFOL  Nombre de quien autoriza  LORENA MUELAS PECHENE  Cargo e actividad: AUX DE ENFERMERIA	PAGOS COMPARTIDO pagar por la entidad responsat fización  Valor en pesos  0.00 \$  RMACION DE LA PERSONA C  Teléfono Ce	Fecha: 2021-10-11 Hora S le det pago % 100 Rectamo de liquete, bono o vale d Porcentaje (%) Valor Máxi 0.00\$	e pago					

Esta ordén de servicto es única e intransferible Solo yalida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina ia 1 de 1.



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

386**9**808

Fecha: 09/10/2021

Hora: 11:32:01

	4			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA	CODIGO EI	°S103
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado	))		NIT [Z] 00	1418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	CC N	<del></del>
Código 9014183041 Dirección del Presi	ador CALLE 42 IOA 36 D	ARRIO LOS LAURI	ELE\$	
Teléfuno 3137764435 Departamento	CORDOBA	23 C - Mu		IA 001
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor C	ontrato: 624-2021	RECUPER	RACION DE LA SALUD MED	ANA Y ALTA COMPLEJIDAD
		S DEL PACIENTE		
MAJORE BAILARIN		DIANA	MARIA	
1er Apellido	2do Apelildo	<u></u>	er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	Ett i bemaa	ŕ	1193438010	7
T Registro Civil T Pasapor	te 🍴 Cédi	la de Extranjeria 🏻 N	lo Documento da Identificacio	n Edad
[m] ***	in Mentificación	r	17/08/1090	SUBSIDIO TOTAL
	ln klentificación	L F	ecina de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Direction de Residencia Habilual MURINDO				Telélono
Departamento ANTICQUIA		05 M	inicipio MURINDO	475
Teléfono Celular	Correo Electrónico			
	SERVIC	OS AUTORIZADO	S	
Ubicición del paciente al momento de la solici	ud de la autorización			
Consulta Externa M Hospitalización Ser	vicio HOSPITALIZAÇIO	A		Cama
Urgencles			<u> </u>	·
Manajo Integral Según Guía do:			pa.	
Código CUPS Cantidad Descripción	-	UEDIO ADULTO	E	pecialidad
107M01 1 INTERNACION EN	UNIDAD DE CUIDADO INTER	WEDIO ADULTO		·
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		·	cha: 2021-10-09	Hora: 11:32
		S COMPARTIDOS		
Porcentaje del valor de los servicios de esta au	lorización a pagar por la er			
Sentanas de afiliación del paciente a la solicitud	i de la autorización		teclamo de tiquala, bono o va	
Recardo del prestador Concepto	Valor en p	eses Pe	orcentaj <u>o (%)                                    </u>	Máximo (Topo) en posos
Cuota Moderadora		0.00 \$	0.00\$	
☑ Copago ☐ Cuota de Recupera	oolón	<u> </u>	- Sisa V	
Otro				
	INFORMACION DE		: AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza		Teléfono		
FRATICIA ELENA GONZALEZ MOÑA		Yaldfana Calula		
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CON	TRAREFEREN	Teléfona Celula	116	
	÷	•		•
FOM 09/10/2021				
i				
; .				
! .			•	
			- · ·	
÷	Esta ordéi	de servicio es única	o intranaferible	
-	- 1	valida en la IPS autor		Danina o 1 No 4
Firma del Paciente	SUJETO AUD	itoria Medica < <v <="" td=""><td>ALIDEZ 80 DIAS&gt;&gt;</td><td>Pagina a 1 de 1</td></v>	ALIDEZ 80 DIAS>>	Pagina a 1 de 1



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 12/10/2021 9:08:35 a.m.

Usuario: CC 1193438010 MAJORE BAILARIN DIANA MARIA

Orden de Servicios No.

1629

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

17/08/1999 Edad: 22 años, 1 meses y 26 días

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 2399&

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

D'rección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Principality (S. Carl **ESTANCIAS** 

107/A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

Total Servicios:

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGE

filma Roofitó

Firma Paciento

Oncomedica S.A. CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF134694



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:27.OGT.2021 17:59 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:27.OCT.2021 18:03 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:26.NOV.2021 Cubre Desde: 28.SEP.2021 E-Mail: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com Hasta: 2.OCT.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100577322 No. Doc.: 1040499859 Teléfono: 3117047996 Tipo Doc.: TI Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza: Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ No. Autorización: 3877466 Descripción Valor Total QUIMIOTERAPIA Area Funcional: **MEDICAMENTOS POS** 172,800.00 Subtotal Area >>> 172,800.00 Area Funcional: 07 **URGENCIAS** 55498f9810731 MATERIALES E INSUMOS 139,516.00 MEDICAMENTOS POS 8,930.00 LABORATORIO CLINICO 203,700.00 Subtotal Area >>> 352,146.00 HOSPITALIZACION PISO 2 T1 Area Funcional; **MEDICAMENTOS POS** 1,263,055.00 Subtotal Area >>> 1,263,055.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: 68 **CIRUGIAS GENERALES** 318,000.00 MATERIALES E INSUMOS 369,294.00 MEDICAMENTOS POS 681,931.00 LABORATORIO CLINICO 384,800.00 Subtotal Area >>> 1,754,025.00 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: 69 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 158,400.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 2,105,600.00 13 MATERIALES E INSUMOS 67,577.00 MEDICAMENTOS POS 164,842.00 LABORATORIO CLINICO 53,800.00 QUIMIOTERAPIA 541,100.00 99 Subtotal Area >>> 3,091,319.00 6,633,345.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 0.00 VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 6,633,345.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

### Factura Electronica de Venta ONCF134694

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 27, OCT, 2021 17:59 Fecha Validación: 27.OCT, 2021 18:03

Fecha Vencimiento:26.NOV,2021

Cubre Desde: 28,SEP.2021 Hasta: 2.OCT.2021

No. Admisión: 0100577322

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL #PS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI Teléfono: 3117047996 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza: No. Autorización: 3877466

Código

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ Descripción

TOTAL

SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\*

6,633,345.00

Valor Total

La presente factura electrônica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido tos servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

ΤX

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la de uda xohijası ek goti xalanın. Seriki teririn ingila mercancia. Acepto esta factura.

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2019. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-§ Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Ilma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3877466

Fecha: 02/10/2021

Hora: 43:59:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIA	ACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPE	5103
CICIONO NEOL ONO META META	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	NIT [2] 901	118364
NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		CC [] Nin	
Numbre UNION TEMPORAL BUMEICOL IPS			1177
Código 9014183641 Dirucción del Prestador Ca	ALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LA	1	001
18(8)01(0.2.19)1/04420   Departumonto	DOBA 23	Municipio MONTERIA	
Porreo: utsumetcol.atcepsi2020@gmail.cor Contrato:	524-2021 RECU	JPERACION DE LA SALUD MEDIA	NA Y ALIA COMPLESIONO
	DATOS DEL PAGIER	NTE	
PONERO SERPA	KAREN	LICETH	
1	politdo	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Idantificación	•	1040489859	
Registro Civil Pasaporte	Cédula de Extranjer	la No Documento de Identificación	
Tarieta de Identidad Adulto Sin Identi		07/08/2007	SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Chidadania Mener Sin Identi	ficación	Fecha de Nacimiento	MODAUDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA			Teléfono
	05	Municipio EL BAGRE	250
Departamento ANTIOQUIA	arrea Electránica		·
Telêfono Celular	SERVICIOS AUTORIZ	ADOS	
Ubkación del paciente al momento de la solicitud de la			<u> </u>
Código CUPS Cantidad Descripción	AD ALTA HABITACIÓN UNIPERSON		pecialidad
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIO	AD ALTA HABITACION UNIFERSOR		1 (0.50
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		1 001145 . #4=7	ford: 13:59
	PAGOS COMPARTI		
Pocentaje del valor de los servicios de esta autorizaci	ón a pagar por la entidad respons	Recianto de liquele, bono o va	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la :	autorización 0	Middigition of industry ports a to	Máximo (Tope) en pesos
Recaudo del prestador Concepto	Valor en pesos	Potentiaje (W)	
Cuota Moderadora	\$ 00.0	0.00 \$	
☑ Copago ☐ Cuola de Recuperación			
<b>14</b>		NOUS AUTORIZA	
	NFORMACION DE LA PERSONA Tratétano	I GOE AO TOMEN	
N ombre de quien autoriza			
LORENA MUELAS PECHENE	Teléfono	Cetular:	
C argo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	1	· · _ · _ · _ · _ · _ · _ · _ · _ ·	COTATOOR VIR DOC MAN
F OM 09/09/2021 SE ENVIA ORDEN EXTEMPO MOMPOTES	)RANEA EN DU MOMENTO I	NO ESTABA CAKGADO EL PA	ESTATION AND DOCUMEN
			· ·
		ye	
	Esta ordžu de servicto e	s única o intransforiblo	
	Solo Valldir on to il	es autorbada	Pagina a 1 do 1
tima del Paciente	SUJETO AUDITORIA MEDIC	CV < <aviture an="" dives<="" td=""><td></td></aviture>	



Quion Autoriza

#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

2/10/2021 10:56:53

Firma Paciente

Orden de Servicios No. 1741 Usuarlo: II 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 10 días NII 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996 Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA **524 MODALIDAD EVENTO** Contrato: ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAY Teléfono: 7854344 Confração, Villadia ः विभवनातुन्यति । ESTANCIAS 10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO) Total Servicios:

> MONICA FAJARDO ARGEL Fluna Realizó



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 29/09/2021 17:16:18

Orden de Servicios No. Usuario: II 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH 07/08/2007 Edad: 14 años, 1 meses y 29 días Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 Administrationa: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 2399& 524 MODALIDAD EVENTO Contrato: ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio Telétono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Dirección y Telélono: ayriyi)jaloji a ESTANCIAS 106MO1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIÓ PEDIÁTRICO Total Servicios: Firma Realizó Firma Paciente Quien Autoriza



#### NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

12/10/2021 9:34:53 a.m.

Usuarlo: II 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

1631

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE I № 4-50 Teléfono 2399€

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

Teléjono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 5 días

phyreliphifons and a second second PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

Quien Autoriza

firma Realizó

firma Paciente



#### NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

12/10/2021 9:33:55 a.m.

Usuario: Ti 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

1630

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administratora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 5 ctfas Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA & # 72-34 ED, IMAY Teléfono: 7654344

(4)((((4)

कवलाहिता.

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

318.000,00

318,000,00

033101

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

Total Servictos:

318.000,00

**Quien Autoriza** 

MONICA FAJARDO ARGEL

fluna Realizó

Firma Paciente



Firma del Paciento

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3692260

Fecha: 11/10/2021

Hora: 20:10:45

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA D	AUCA CODIGO EPSI03						
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 🗹 901418364						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número						
Código 9014163641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 8A	RRIO LOS LAURELES						
Taláfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001						
Correo: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato; 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD						
DATOS	DEL PACIENTE						
ROMERO SERPA	KAREN LICETH						
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre						
Tipo Documento de identificación	1040499859  I de Extranjeria No Documento de Identificación Edad						
Registro Civil Pasaporte Ceduli  Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	THE DESIREMENT OF TAXABLE PROPERTY TO THE						
Cédula de Ciudadania Menor Sin Identificación	67/08/2907 SUBSIDIO 10 M. Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO						
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Teléfono						
-partemento ANTIOQUIA	05 Municipio EL BAGRE 250						
Teléfono Celular Correo Electrónico							
SERVICE	DS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización							
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cania						
Urgencias							
Manejo Integral Según Guía da: Códigó CUPS Cantidad Descripción	Especialkiad						
892502 1 TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL							
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-11 Hora: 20:10						
	COMPARTIDOS						
Porcentaje del valor de los servicios de está autorización a pagar por la ent							
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago						
Recaudo del presiador Concepto Valor en pa	isos Porcontaja (%) Valor Mâxlino (Tope) en pesos						
Cuota Moderadora	0.00 \$						
Cuota de Recuperación							
Olico NICORMACION DE L	A PERSONA QUE AUTORIZA						
Numbre de quien autoriza	Teláfono						
LORENA MUELAS PECHENE							
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:						
FOM 11/10/2021 +PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)							
• .							
Esta ordón	do solvicio es único o intransferiblo						

Esta ordón do colvicio es única e intransferblo Soto valida en la IPS autodzada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 96 DIAS>>

Paulna a 1 de 1

Asunto: Fwd: ANEXO 3 Y COTIZACION KAREN LICETH ROMERO SERPA PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA) + TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL IMAT **ONCOMEDICA** 

De: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 12/10/2021, 10:00 a.m.

Para: ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS <asistentegemuci01@imatoncomedica.com>, admisiones <admisiones@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 4 PISO TORRE 1

<asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com>

PSC

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:Re: ANEXO 3 Y COTIZACION KAREN LICETH ROMERO SERPA PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA) + TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Tue, 12 Oct 2021 09:35:14 -0500

De:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

Para: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:slider.autorizaciones@imatoncomedica.com">dider.autorizaciones@imatoncomedica.com</a>

El lun, 11 de oct. de 2021 a la(s) 16:10, NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO (autorizaciones 3@imaton comedica.com) escribió:

Seffores:

{

SUIVIEICOL IPS

Cordial Saludo.

De manera atenta adjunto el anexo Nº 3 e historia clinica para solicitud de autorización y visto bueno de procedimiento para el paciente:

KAREN LICETH ROMERO SERPA identificado con el numero 1040499859 quien requiere procedimiento de PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA) + TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL

## VALOR \$318,000

FIEL COPIA DE. RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 NOJA No 3

Atliculo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servictos posteriores e la atención inicial de urguncias. Si para



#### AREA ADMINISTRATIVA GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

CÓDIGO: FR-AD-GCM-009 FECHA DE APROBACIÓN 27/10/2012

FORMATO DE COTIZACIÓN

VERSIÓN: 002

FECHA	11/10/2021 UT SUMEICOL	TARIFA	990	PIAS
CLIENTE	·	I.D.	199.859	
NOMBRE	DEL PACIENTE KAREN LICETH ROMERO SERPA	Il'n'	1.040.4	199.000
CODICO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VR, UNIT	VR. TOTAL
000,00				
33101	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPEUTICA)	f	\$318,000	\$318.00
		-		
	<b>*</b>			
			. :	
	Note: Esta cofización es solo un presupuesto su valor real se			
	conocera una vez realizado el procedimiento			
	EXCLUSIONES:			
	HOSPITALIZACION EN PISO Y UCI			
	COMPLICACIONES SANGRE	<u> </u>		
	EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO			•
	MEDICAMENTOS POS Y NO POS MATERIALES DE ALTO COSTO			
	ESTUDIOS PATOLOGICO		·	
	HALLAZGOS QUIRURGICOS TRASLADOS EN AMBULANCIA			
ON:	TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS MONEDA LEGAL		Vr,BRUTO	\$318.00
		·· /	COOPAGO	
(A	NAAT		PAGO COMPARTIDO	
1			DCTO	
E	ALL ALEASTICA		Vr. TOTAL	\$ 318,000

Coordinador de Gestión de Cuentas Medicas



Firma del Paciento

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION

POP 3654267

Fecha: 28/04/2021

Hora: 4:38:δ6 p. m.

ENTIDAD RESPONSAB	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSID3							
INFORMACION DEL PRI	ESTADOR	(Autorizado)				NIT 2 90141	8364	
Nombre UNION TEMPOR	RAL SUME	ICOL IPS				C C Núme		
Código 9014183641	Direcció	n del Prestador CALLE	12 10A 36 8A	RRIO LOS LAU	RELES		-	
Teláfono 3137764435 D	epartament	o CORDOBA		23 /	Municipio	MONTERIA	001	
Correo: ulsumelcol.alce	psi2020@g	mail.cor Contrato: 524-2	021	RECUP	ERACION I	DE LA SALUD MEDIAN	A Y ALTA COMPLE.	JIDAD
			DATOS	DEL PACIENT	£			
ROMERO		SERPA		KAREN		LICETH		
1er Apellido		2do Apellido	,		fer Mombi	e	2do Nombre	
Tipo Documento de kie	ntificación				104048	09859		
Registro Civil		Pasaporte	Cédula	de Extranjerla	No Docum	nento de Identificación	€dad	
Tarjeta de Identidad		Adulto Sin Identificación	1		7	/08/2007	SUBSIDIO TOTAL	
Cédula de Cindadani	a 🛚	Menor Sin Identificación	7		1	Nacimiento	MODALIDAD SUB	
Dirección de Residencia	Habkual (	A SARDINA					Teláfono	
Partamento ANTIOQUIA 05 Municipio EL BAGRE 250								
Teléfono Cefular		Correo E	lectrónico					
			SERVICIO	9 AUTORIZAD	08	·		
Consula Externa  Urgencias  Manejo Integral Según Gul Código CUPS Cantidad 992505 1 992502 2 033101 2	inde: Descrip POLITER TERAPI		TECAL			Espec	Cuma	
NUMERO DE SOLICI	TUD ORIG	EN: 1			Fecha: 202	21-04-28 Hora	16:38	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			PAGOS (	COMPARTIDOS				
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100  Isemanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reclamo de liquete, bono o vale de pago (Secaudo del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Topa) en pesos (So.00 So.00 So.00 Corpo Couota de Recuporación Otro								
		INFORM/	CION DE LA	PERSONA QU	IE AUTORI	ZĄ		
Nombre de quien autoriza				Teléfone		<b></b>		
FRANCIA ELENA GONZA				1				
Cargo o actividad: AUX R	EFERENCI	A Y CONTRAREFEREN		Telélono Celu	lar:	···	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
FOM 28/04/2021								
			Esta ordén de	servicio os finic	a o intransfe	oth)o		

Esta ordén de servicio es única e intransferible Sulo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALUEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3512735

Focha: 16/09/2021

Hora: 8:34:13

Cargo o actividad:  Teléfono Celular:  form 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorviela es única e Intransforible  Solo valida en la 196 enfontada	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDÍGEN	A DEL CAUCA CODIGO EPSI03
Nambric UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS   C C   Namero	INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [7] 901418364
Toldsione \$137764435 Departamento CORDOBA 23 Municipio MONTERIA 661  Correct tisumeled alceps/202028ganeli.cor Contrate: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIOAD  DATOS DEL PACIENTE  ROMERO SERPA KAREN LICETH  Tor Apellida SERPA KAREN LICETH  Tor Apellida Color Pasaporto Color Pasaporto Color Pasaporto Color Pasaporto Color Pasaporto Color Color Pasaporto Color	Nambre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	
Correct utsumolood alcops19293@genall.cor Contrato; 524-2021 RECUIPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD  DATOS DEL PACIENTE  ROMERO SERPA NATIONA DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD  Tor Apallido Indrifficación Indrination de Identifficación Indrination	Código 9/14183641 Dirección del Presideor CALLE 42 10A 30	BARRIO LOS LAURELES
DATOS DEL PACIENTE	Teláfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
ROMERO SERPA KAREN LICETH  Tor Apellido Zdo Apullido Tor Apellido Zdo Apullido Tor Apellido Zdo Apullido Tor Apellido Zdo Apullido Tor Apellido Zdo Montifro Tor Apellido Zdo Montifro Tor Apellido Independente of the Independente of the Independente of In	Corrao: utsumelcol.alcopsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
Tipe Documento de Identificación   Registro CMI	DAT	OS DEL PACIENTE
Tipo Documento de Identificación   Pasporte   Cédula de Extranjerio   No Documento de Identificación   Adulto Sin Identificación   Propieto   Cédula de Identificación   Propieto   Cédula de Identificación   Propieto   Cédula de Identificación   Propieto   SUBSIDIO TOTAL   Moderadorio   Menor Sin Identificación   Menor Sin Identificación   Propieto   SUBSIDIO TOTAL   MODALIDAD SUBSIDIO   Total   Moderadorio   Menor Sin Identificación   Propieto   SUBSIDIO TOTAL   MODALIDAD SUBSIDIO   Total   Moderadorio   Menor Sin Identificación   SUBSIDIO TOTAL   MODALIDAD SUBSIDIO   Total   Moderadorio   SERVICIOS AUYORIZADOS   SERVICIOS	ROMERO SERPA	KAREN LICETH
Repairt CMI		1 or Nombre 2do Nombro
Consultation   Control		
Cédula do Ciudadania		uia de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA  Departemento ANTIQUUIA  Departemento ANTIQUUIA  Departemento ANTIQUUIA  Correo Electrónico  SERVICIOS AUTORIZADOS  Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa   Hospitalización Servicio   Cama    Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa   Hospitalización Servicio   Cama    Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización   Cama    Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización   Cama    Espacialidad   Codigo CUPS Cantidad   Descripción   Cama    PAGOS COMPARTIDOS  PORCONIGIA DE SOLICITUD ORIGEN: 126   Fecha: 2021-09-14   Hora: 2:20    PAGOS COMPARTIDOS  Porconiaje del valor de los servicios de esta autorización a pagur por fin entidad responsable del pago %   100    Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización   Q   Reclamo de liquele, bono o vale do pago   Colen Moderadora   Copago   Colen Moderadora   Colen de Recuperación   Onio   NIPORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA    Nombre de quien autoriza   Teléfono Celulau:  EDA ANDRADE   Teléfono Celulau:  Eda ordán de servicio es delica e hitransferible   Secundaria   Discripción   Colen de Secundaria   Copago   Colen de Secundaria   Copago   Copag		01[00]2001
Departamento ANTIOQUIA    Departmento   Depa	1-4	Focha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Teléfono Celular  Correo Electrónico  SERVICIOS AUTORIZADOS  Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulte Externa   Hospifetización Servicin   Cama    Consulte Codigo CUPS Cantidad   Descripción   Especialidad    Poscenta Integral Según Ciula de    NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 126   PAGOS COMPARTIDOS    Porcentaje del valor do los servicios de este autorización e aguar por la entidad responsable del pago %    Porcentaje del valor do los servicios de este autorización   Q Reclamo de liquete, bono o vale do pago    Recatudo del prestador   Concepto   Valor en pasos    Coucla Moderadora   Concepto   Valor en pasos    Coucla de Recuperación   Otro    INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA    Nombre de quien autoriza   Teléfono    Elido ANDRADE    Cargo o actividad:   Taláfono Celulata:    Esta origin de acrylelo os única o intransferible    Securible au la USE autoritaria.		
SERVICIOS AUTORIZADOS  Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización  ☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio ☐ Canna ☐		05 Municipio EL BAGRE 250
Ubicación del paciente el momento de la solicitud de la autorización  Coma  Coma  Coma  Coma  Coma  Coma  Coma  Coma  Coma  Consulta Externa   Hospitalización Servicio  Código CUPS Cantidad Descripción  TERRADA ANTINEOPLASICA INTRAYECAL  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 126  PAGOS COMPARTIDOS  Porcantele del valor do los servicios de este autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100  Semenas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Rocataro de tiquete, bono o valo de pago   Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos   Copago   Cuola Moderadora   Copago   Cuola de Recuperación   On Portada (Portada de Servicio)   Cuola de Recuperación   On Portada (Portada de Servicio)   On Portada (Portada de Portada de Portada (Portada de Portada de Portada (Portada de Portada (Portada de Portada (Portada de P		
Consulte Externa  Hospitalización Servicio	SERVIC	CIOS AUTORIZADOS
Total   Control   Contro		
Cotalgo CUPS Cantidad   Daset/pelón   Especialidad	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Cama
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 126 Fecha: 2021-09-14 Hora: 2:20  PAGOS COMPARTIDOS  Porcanteje del valor do los servicios de este autorización: a pagar por la entidad responsable del pago % 100  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Rectamo de tiquete, bono o vale de pago Caucento Valor en pesos Porcantaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos Caucento Coucla Moderadora Coucla de Recuperación 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.		Consolation
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 126  PAGOS COMPARTIDOS  Porcanteje del valor do los servicios de este autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la sulorización 0 Roctamo de tiquete, bono o vale de pago   Porcanteje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos   Porcanteje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos   Coucla Moderadora   Coucla de Recuperación   Otro   INPORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA    Nombre de quien autoriza   Teléfono   Teléfono Celular:    Teléfono Celular:   Teléfo		Cabacumm
PAGOS COMPARTIDOS  Porçantaje del valor do los servicios de este autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recatudo del presidor Concepto Valor en pasos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pasos    Cuola Moderadora   Cuola de Recuperación   Outo Máximo (Tope) en pasos   Outo Máximo (Tope)   Outo Máximo (To		C-1- 0004 00 44 11 0:00
Percantaje del valor do los servicios de este autorización a pagar por la entidad responsable del pago %  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recamo de tiquete, bono o vale de pago Cancepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos Copago 0.00 Cota Moderadora Cota de Recuperación 0 INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza Teléfono  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad: Teléfono Celular:  fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorvicio es única o Intransferibio		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador  Concepto  Valor en pasos  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pasos  Copago  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Teléfono Celular:  form 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorvicio es única o intransferible  Solo valida en la IPS autorizada.		
Recaudo del presiador  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza  Foléfono  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Totáfono Celular:  fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Casta ordán de sorvício os única e Intransferible  Solo valida en la IPS entralizada.	· · ·	
Cuota de Recuperación  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza  Folófono  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Tatácno Celular:  fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorviela os únics e intransferible  Solo valida en la IPS autorizada	l control de la control de	
Copago   0.00 €   0.00 €     Cuota de Recuperación   INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA     Nombre de quien autoriza   Teláfono     EIDA ANDRADE     Cargo o actividad:   Teláfono Celular:     fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION     Esta ordén de sorvielo es única o intransferiblo     Relo valida en la IPS enfentada.		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Teléfono Celular:  fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorvicio os única e intransferiblo  Selo valida en la ISS ententada	☑ Copago	0.00 €
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Nombre de quien autoriza  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Teléfono Celular:  fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorvicio es única e intransforible  Selo valida en la IRS sufortada		
Nombre de quien autoriza  EIDA ANDRADE  Cargo o actividad:  Teláfono Celular:  form 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + ÀPLICACION  Esta ordán de sorviela es única e intransferible  Selo valida en la 196 entertarda		LA PERSONA QUE AUTORIZA
EIDA ANDRADE Cargo o actividad:  Teléfono Celular:  form 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de sorviela es única e intransfarible  Solo valida en la 196 ententrada		
fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION  Esta ordán de servicia es única e intransferible  Sele valida en la 196 enfentada	EIDA ANDRADE	
Cata ordán de sorviole es única e Intransforible .	Cargo o actividad:	Teléfono Celular:
Cata ordán de sorviole es única e Intransforible .	fom 14/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLIC	CACION
Solo ualida en la IRS enfortzerta		
Solo ualida en la IRS enfortzerta		
Solo ualida en la IRS enfortzerta	· ·	·
Solo ualida en la IRS enfortzerta		
Solo ualida en la IRS enfortzerta		
Solo ualida en la IRS enfortzerta		
Sojo yalida en la IPS autorizada	Esta ordá	n de serviele es única e intransferible
Firma del Paciento supero auditoria medica <		Paulin a 1 do 1



#### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION MED

3512744 Fecha: 16/09/2021

Hora; 9:00;43

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA		CODIGO EF	<sup>2</sup> 81 <b>03</b>	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Auto	orizado)			NIT <b>2</b> 90	1418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL	. IPS			CC NO		
Código 9014183641 Dirección del	Prestador CALLE 42 10A 36 Br	ARRIO LOS LAU	RELES			
Toléfono 3137764435 Departamento	CORDOBA	23 3 4 4 5 K	Aunicipio	MONTER	A 001	
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.d	cor Contrato: 524-2021	RECUP	ERACION DE LA	SALUD MEDI	ANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
, VLDON-7 7 9	DATO	B DEL PACIENT	E			
ROMERO SER	(PA	KAREN	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	LICETI	1	
1er ∧pellido	2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación			1040499059			
	· hazal	a de Extranjería	No Documento o	ie identificació	n Edad	
E Attack to Auditoria	lullo Sin Idenlilicación anor Sin Identilicación		07/00/20		SUBSIDIO TOTAL	
Cedina de Cindadania Me	THE SH INDIRECTOR		Fecha de Nacimi	ento	MODALIDAO SUBSIDIO	
Ofrección de Residencia Habitual LA SA	ARDINA				Teléfone	
Departemento ANTIOQUIA	The state of the s	08	Municipio ELB	AGRE	260	
Teléfono Celular Correo Electrónico						
	SERVICIO	08 AUTORIZAD	05			
Ubicación del paciente al momento de la	solicitud de la autorización					
🗹 Consulta Externa 🔲 Hospitalización	i Servicio				Cama	
☐ Urgencias						
Maneje Integral Segán Gula de: Código CUPS Cantidad Descripción				Est	pecialidad	
	MBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUT	ICA)				
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	128	F	echa: 2021-09-	14 · H	lora: 9:00	
HOMENO DE COLIGITOR ONICER.		COMPARTIDOS	····	<u></u>		
Porcentaje del valor de los servicios de es	la autorización a pagar por la ent	ldad cosponsable	del pago %	100		
Semanas de afiliación del paciente a la se	<b>⊢</b>	0	Reclamo de tique	ole, bono o vel	e de pago	
Recaudo del prostador Concepto	Valor en pe	808	Porcentajo (%)		áxim <u>o (Tope) en pesos</u>	
Cuola Modera			0.00			
☑ Copago		0,00 €	0.00 €			
Cuota de Rec Otro	uperación			<b>j</b>		
	INFORMACION DE L	A PERSONA QU	E AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Teléfono				
EIDA ANDRADE						
Cargo o actividad:	·	Teléfono Celu	lar:			
FOM 14/09/2021	1.					
					•	
	•					
•						
	. Esta ordén :	de sorvicio os únic	e o intransferible			
Firms del Paciente		alida on la IPS auto Construires con			Pagipa a 1 de 1	
PROBLEM CONTRACTOR (CONTRACTOR)	SUJETO AUDH	ANDERSON COL	YALIDIEZ OO DIAB>	-	▼	



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3813143

Fecha: 30/03/2021

Hora: 17:69:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	A DEL CAUCA CODIGO EPSI03							
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT 2 901418364							
Nambre UNION TEMPORAL SUMBICOL IPS	C C Número							
Código 9014183841 Ulrección del Prestador CALLE 42 10A 38	BARRIO LOS LAURELES							
Teléfono 7847100 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001							
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD							
DATO	OS DEL PACIENTE							
ROMERO SERPA	KAREN LICETH							
1er Apeliido 2do Apeliido	1er Nombre 2do Nombre							
Tipo Documento de Identificación	1040499859							
	ula de Extranjería No Documento de Identificación Edad							
☐ Tarjela de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación	67/08/2007 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO							
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Dirección de Residencia Habilual LA SARDINA Teléfono							
Paparlamento ANTICQUIA Q5 Municipio EL BAGRE 280								
, eléfono Cetular Correo Electrónico								
SERVIC	IOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la soticitud de la autorización								
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO	Courte DO							
Turgencles   Manejo Integral Segán Guía de;	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad							
413101 2 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA 992505 1 POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOX	MINAD							
992502 3 TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL								
033101 3 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEL 898106 2 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPS								
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-03-30 Hora: 17;59							
	S COMPARTIDOS							
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la el	nlkiad responsable del pago % 100							
Semanas de abliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago							
Recaudo del prestador Concopto <u>Valor en l</u>								
Cuola Moderadora	0.00 €							
	V.00 C							
Ouo								
	LA PERSONA QUE AUTORIZA							
Nombre de quien autoriza DIANA CAROLINA PAZ CERON	Teláfono							
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:							
	TOTOWN Collins.							
FOM 30/03/2021	:							
898004 2 Medula osea								
	·							
	·							

Esta orden do sorvicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginara 1 de 1



Oncomedica S.A. 812007194 CR<sup>1</sup>6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorratanadores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF137147

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Médico: 0

Area Funcional:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 5.NOV.2021 14:52 Fecha Validación: 5.NOV.2021 14:52

Fecha Vencimiento: 5.DIC.2021

Cubre Desde: 4.NOV.2021

Hasta: 4,NOV,2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100587582

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI

No. Doc.: 1033373707

Tipo Doc.: CC Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLÉTES

Teléfono: 3145399455

No. Poliza:

No. Autorización: 3514220

Código

Descripción

LABORATORIO CLINICO

LABORATORIO CLINICO

77,100.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 77,100.00 77,100.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 77,100.00

TOTAL

77,100.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:

OMEDICA

Se hace constar que la firma distinta a

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Qiań N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigència 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software! TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

Forma de Pago: Credito

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:b3eae434a5374970240b2c6362f4e0b93152e2f8b15d7ae194c1

#### **UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS**

Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 Fecha Orden 17/10/2021 10:38:38

MONTERIA - CORDOBA 1737 Orden de Servicios No. Usuario: CC 1033373707 BERONA CALDERON LUZ SOLEI Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 20/08/1992 Edad: 29 años, 1 meses y 28 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NH 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996 524 MODALIDAD EVENTO Contrato: ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 Dirección y Teléfono: PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS j FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA+ 906910 ACIDO URICO 903801 PROTEINA C REACTIVA - CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION+ 906913 903833 FOSFATASA ALCALINA ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] 902204 **Total Servicios:** 

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó UZ SOLE BENDUAC Firma Paciente 1 0 3337 3707.



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3514220

Fecha: 12/10/2021

Hora: 9:57:25

ENTIDAD RESPONSAB	NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA						CODIGO EPSI03			
INFORMACION DEL PRI	ESTADOR	(Autorizado)				NIT 🗹 901418364				
Nombre UNION TEMPO	RAL SUME	ICOL IPS			,			Número		
Código 9014183641	Direcció	n del Prestado	CALLE 4:	2 10A	36 BARRIO LOS LAU	JRELES			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Teléfono 3137764435 D	epartamen	io	CORDOBA		23	Municipio	MON	TERIA		001
Correo: utsumeicol.atce	psi2020@g	ımail.con Conto	ato: 524-20	21	RECUP	ERACION	DE LA SALUD I	IEDIANA	Y ALTA CO	MPLEJIDAD
				¢	ATOS DEL PACIENT	E				
BERONA	,	CALDERON			LUZ	**********	St	DLEI		
ter Apellido		2	do Apellido	-		1er Nomb			2do Nombre	3
Tipo Documento de Ide	ntificació	ι .				10333	<sup>7</sup> 3707			
Registro Civil	Ç	Pasaporte		C wa I	Cédula de Extranjeria	No Docur	iento de Identifi	cación	Ęd	lad
Tarjeta de Identidad						2	0/08/1992		SUBSIDIO 1	FOTAL .
Cédula de Ciudadani	a 🗀	Menor Sin to	fentilicación				Nacimiento		Modalidai	D SUBSIDIO
Dirección de Residencia	Habilual ,	ARBOLETES						7	elélono	:
Departamento ANTIO	OQUIA				05	Municipio	ARBOLETES	** <u></u> /		051
Teléfono Celular Correo Electrónico										
				SEF	RVICIOS AUTORIZAD	os	. Toda na respective de la composition	<del>(4</del>		·
Ubicación del paciente a	momento	de la solicitud d	le la autoriz	ación				•		
Consulta Externa	Hospitaliz	ación Servicio							'ama	
Urgencias		<u> </u>			<del></del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
Manejo Integral Según Gu Código CUPS Cantidae		nción						Especia	didad	:
903801 1	ACIDO	URICO EN SUEF	RO U OTROS	FLUID	os			Copour		
902204 1					DIMENTACION GLOBUL		IANUAL			
906910 1 903833 1		K KEUWATUIDE TASA ALCALINA		IMPATIZ	ADO O AUTOMATIZADO	,				,
908913 1	PROTE	INA C REACTIVA	ALTA PREC	ISION.	AUTOMATIZADO					
NUMERO DE SOLIC	ITUD ORIG	SEN: 2			1	Fecha: 20	21-09-22	Hora:	13:51	
				PΑ	GOS COMPARTIDO	3				
Porcentaje del valor de lo	s servicios	de esta autoriz	ación a pag	ar por	la entidad responsabl	e del pago	%	100		
Semanas de afiliación del	paciente a	la solicitud de	la autorizaci	ión	0	Rectamo d	de tiquete, bono	o vale de	pago 🔲	
Recaudo del prestador	Concep <sup>t</sup>			Valor	en pesos	Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos				
	1975.	loderadora		<del></del>	0.00 €		0.00 €			
	Copago	e Recuperación	. }		0.00 0		0.00 €			
	Otro									
			INFORMA	CION	DE LA PERSONA QI	JE AUTOR	ΙΖΑ			
Nombre de quien autoriza	<u> </u>				Teléfono		<del></del>			
Corre e collette de la										
Carge o actividad:					Teléfono Celo	ılar;	<u> </u>			
FOM 22/09/2021										
			•							ļ
										ļ
										ľ
					<u>-</u>			<del></del>		

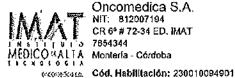
WA SOLE I BERONA G

na del Paciente

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS antorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 30 DIAS>>

∴<u>⊴</u>⊕a 1 de 1

17033373707



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

## Factura Electronica de Venta ONCF138223

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 9.NOV.2021 15:18 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 9.NOV.2021 15:19 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 9.DIC.2021 Teléfono: E-Mail: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com Cubre Desde:21.OCT.2021 Hasta:25.OCT.2021 No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Admisión: 0100584072 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti Teléfono: 3205342149 Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 3909370 Descripción Códlao Valor Total Area Funcional: **HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 237,570.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,014,800.00 MATERIALES E INSUMOS 242,093.00 **MEDICAMENTOS POS** 15 1,104,868,00 LABORATORIO CLINICO 244,500.00 Subtotal Area >>> 2,843,831.00 VALOR SERVICIOS: 2,843,831.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 2,843,831.00 TOTAL CUFE:7de021be360a720749335dfad388da44b64bbb0cf59 DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO 2,843,831.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. ြောမြေကြော် ersona está autorizada para firmar y Afiliado: mercancia. Aceoto esta factura Autorización Numeración de Facturación Electronica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses. Prefijo ONCF del Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Clintos

09



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

fecha Orden 21/10/2021 17:24:32

Usuarlo: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

Dir y Tei: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 20 días Nít 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 239961

a Priming Symmetric Constant

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Telétono: 7854344

ESTANCIAS

10A001

and the second second

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

AISLAMIENTO)

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3909370

Fecha: 21/10/2021

Hora: 21:32:28

Pagina a 1 de 1

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ₩ 901418384
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C ☐ Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 B	ARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA Q01 海洋 高電
Correo: utsumeicol.aicepsl2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATO	S DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039654124
	da de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	19/06/2014 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono
Departamento ANTIOQUIA	<u>05 回答</u> Municipio MURINDO 476 音音 を
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVIC	IOS AUTORIZADOS
Ublicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa ☑ Hospitalización Servicio <u>HOSPITALIZACIO</u> ☐ Urgencias	N Cama
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACIO	ON UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-21 Hora: 21:32
PAGO	S COMPARTIDOS
Porcentale del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la er	ntidad responsable del pago % 100
Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en p	nesos Porcentaĵe (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Cuota Moderadora	0.00 \$ 0.00 \$
☑ Copago ☐ Cuota de Recuperación	0.00 \$
" Clro	
	LA PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	Tall
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:
FOM 21/10/2021	The state of the s
	.
·	·
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	n de servicio es única e intransferible
Solo	valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>> -



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

## Factura Electronica de Venta ONCF139481

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombré cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:12.NOV.2021 13:42 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:12.NOV.2021 13:42 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 12.DIC.2021 Teléfono: Cubre Desde:25.OCT.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:25.OCT.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Código ERP: Paciente: GUEVARA PEREIRA WALDY ROSA Consecutivo: 0102013979 Teléfono: 3045515729 No. Doc.: 26025972 Tipo Doc.: CC No. Poliza: Dirección: NO TIENE - MONTERIA Médico: JUAN CARLOS DEGIOVANNI BEHAINE No. Autorización: 1716 Valor Total Código Descripción Area Funcional: CONSULTA EXTERNA CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 34,060.00 Subtotal Area >>> 34.060.00 34,060.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.0034,060.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL 34,060.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. dola parsona está autorizada para firmar y jis la mercancia. Acepto esta factura. Se hace constar que la firma distinta al comprador s recibir, confesar la deuda y obligar al cogligiantৰ দ্বি Vendedor: Afiliado:

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/20HBG/94712/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

COPIA 3



**UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS** 

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 17/10/2021 9:25:29

Usuarlo: CC 26025972 GUEVARA PEREIRA WALDY ROSA

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

11/02/1956 Edad: 65 años, 8 meses y 6 días

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Direc	ción y Teléfono:	CRA 6 # 72-34 ED.	IMAT Telé	fono: <mark>785434</mark>	4			
	ែលម្រាស់ក្នុង				2000	(10)	Mahilledin.	-\$05total
01 (	CONSULTAS							
890243	CONSULTA DE PRI	MERA VEZ POR ESPECIAI	LISTA EN DOL	OR Y CUIDADO	OS PALIATIVOS	1	100,000.00	100,000,00
	PALIATIVOS							

Total Servicios:

100,000.00

**ANGELICA** Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paclente

110/2021

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º #72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

## Factura Electronica de Venta ONCF139747

	_				
Teléfono:	364-1 BRR LOS LAURELES - MONT	ERIA - CORDOBA	h	Fecha Generación: Fecha Validación: Fecha Vencimiento: Cubre Desde:	12,NOV,2021 17:1 12.DIC.2021
E-Mail: utsumeicol.aid No. Contrato: Código ERP:		Contrato:Evento C	)tro		26.OCT.2021
Paciente: JIMENEZ PERE No. Doc.: 34974480	Z CRISTINA ROSA Tipo Doc.: CC SOLETES ANTIOQUÍA - ARBOL	Teléfono: 2399 .ETES	!	No. Admis No. Poliza: itorización: 1838	ión: 010058532
Código Descripc	łón				Valor Tota
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	3			
19 LABORA	TORIO CLINICO				130,000.00
			Subtotal A	\rea >>>	130,000.00
		VALOR S	ERVICIOS:		130,000.00
		VALOR (	COPAGOS:		0.00
		VALOR PAGO CON	/IPARTIDO:	•	0.00
		VALOR DE	SCUENTO:		0.00
	<del></del>	VALOR TOTAL	FACTURA:		130,000.00
TOTAL					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
CIENTO TREINTA MIL PESO	S CON CERO CENTAVOS	**** **** **** **** **** **** ****	tå 加加克尔 罗州加克 开关状态 不开不常 3	<b>18</b> *****	130,000.00
La presente factura electrónica de v servicios a entera satisfacción.	venta de compraventa se asimila en s	sus efectos a una letra de cambio (art	ilculo 5 Ley 1231 de 2008)	. El contratante declara	haber recibido fos
Afiliado:	Vendedor: IMAT ONCOMED Nit. 812.007 194	TCA recibir, confeser la deuda y	a distinta al compredor supon FACTURACIÓNED NIT. 901418 FECHA: O 2 — I	SUMETODENCE AC	eutorizada para firmar y epto esta factura.
Firma	Firma	<del></del>	RECIBE: MEOR	J. PC L	<del></del>
——————————————————————————————————————	cturación Electrónica Dian N° 1	8763002337408 del 04/12/2019	• 1 1	ia 24 meses, Prefijo	ONCF del

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigerfcia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000, Proveador tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareiD: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

$\langle \hat{2} \rangle$
$\langle 0 \rangle$
(d)
100

## SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ASOCIACIÓN NINGENA DEL CAUCA

n <sub>je</sub> r	, "
ata Ap	
C231	

1 2				eesi		47001773-3 JEH CONTRIB	UTIVO		CT231 (CT23
	<u> </u>	<del>-</del>	<del> </del>			ise de servicio			
MDICACIÓN	92886							IECHAY B	25/10/2021 31 22
NOMBRE PREST			<del> </del>	HAHOM	160400000	STREETCOL IPS			251 (18 8 1)
NIT PRESTADOR		901418364	<del>, </del>	No. CONTRA		524-2021	<u> </u>		
DEPARTAMENT	0	ΑΝΤΙΟΩΟΙ	1	MIVEL DE COL			TATA COLIE	THE CONO/CH	134103
MUNICIPIO		MONTERIA	MEDELLIN.	Cod. HABILITA		9014183641		างานเดือน	
DIRECCIÓN		CALLE 42 10		COPREO ELLC		utsumeical.el	ceps1702069	L —	
NOMBRES Y APE	tupos	ı <del></del> -							
No. IDENTIFICAC	_	34974460	<del> </del>			MENEZ PEREZ			24974480
TIPO IDENTIFICA		34974480	<del> </del>	DEPARTAMEN	VIO.	ANTIOQUIA		ID ELAPTEATION	36974460
FECHA DE MACIN		24/07/1950	<del>,</del>	MUNICIPIO		ARBOLETES	<u></u>	EMPLEADOR	CRISTINA ROSA JIMENEZ PERE
EDAD		63	<del></del>	the		890982134		THOCOTIZALITE	INDEPENDIENTE
GENERO			<del> </del>	CODIGO IPS		50510232301		ด้อยรอ ตเม	8511
		<del></del>	<del> </del> -	TIPO AFILIADO	·····	8200026		ESTADO AFIL	Activo
FECHA DE AFILIA		24/07/1958				ie vojas čuojas i v	OBIO SE SEAS	· 4f	
PERIODOS COTIZA		1						er samenumenter i Anna Anna Anna Anna Anna Anna Anna Anna	·.
TIPO DE COTIZAN		MPEPENDA	1110	\ <u>-</u>	[] ië.	4390	4/	omperidos por al <u>Allido</u> Transportados	!
CÓDIGO DEL COT	IZAITTE	cc						C V CCS	ſ
TIPO DE AFILIADO		Pablacion El	ealble			taigra.			
RETIEFICIARIO DE:	:	34974480	<del> </del>	<del></del>			201	armanto actividado en esta	113
CLASIFICACIÓN RA	NIGO	Karien A	<del> </del>		J	3.20 ( 0			
		·	1			<u> </u>	<u></u> 1	1	
" Mbîroviên di 1 Paden	de al memicale	de is sefekted de	व विधानिकारमञ्जलि		conigo cir	10	HN/O		
Outspan on		nest Days			DIAGNÓSTIC		1101/0		
Company was a series		1000000000	O they read	R 1 1	ESPECIALID/		1777		
	<del></del>		· .		FECHA DE Ó	RIDERI IMÉDICA	23/10/202	I UNION TEMPORAL	STRIFTCOL
SECCIÓN					COBERTURA		1	398201	898201
Coblgos curs	5-7-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	\ <del></del>				DESCRIPCIO		
890201		1	ESTUDIO DI	E COLORACION	/ BÁSICA EM	LSP(CIMEN DE I	DESCRIPTION OF	19' 	
						CONTRACTOR DE 1	TELEGIA CACAGAGA	1.7710	
			1					· · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
			ļ						
					<del></del>			<del></del>	
			i			<del></del>			
	<del> </del>		ļ	<del> </del>		~			
	— <u> </u> —-						<b></b>		
	— <del> </del>		1		- <del>-</del>		<del></del>	·	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							<del></del>		
			<u> </u>					· ····	
			ļ						·
เอระกงกดีเดิม เอระกงกดีเดิม	lichtud por c	otreo	-					··	· — · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
DOLLOWING									
						·		—· <u>-</u> -	
· •	MILEN		L		1.11.77			_	
RGO AT	CITCION ALC	OMUNERO-N	OVILIDAD		क्षामात्र.	,			
uroso .		145467001			in dunit		Litan	y Decumento del Po	
		ոլվեսՔյուն դ	nalid omes	<del>,                                    </del>	17 /		1 74 7 141	y second the on Fo	ारमर
		_=,	<del></del>		والمراكبة	100 majordander -	enhara conta		
	r see evecui	ve geraccine ca	panea e matu	adenois vaja	ranga (A R)	и <i>э исполисаа</i> ), з	sigero ottallo	tia médica es VALID	CE 60 tilve

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

LABORATORIO CLINICO

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

## Factura Electronica de Venta ONCE139754

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020



entrology Cod. Habilitacion: 230010094901	Factura Liectionica de Venta	CITOL LOCATOR DIVERSE SANDERS
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MO Teléfono:	ONTERIA - CORDOBA	Fecha Generación:12.NOV.2021 17:23 Fecha Validación:12.NOV.2021 17:23 Fecha Vencimiento: 12.DIC.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Cubre Desde:26.OCT.2021
No. Contrato: Tij	ipo Contrato:Evento Otro	Hasta: 26.OCT. 2021
Paciente: LOPEZ ANAYA MARIA CLARIVEL No. Doc.: 34998154 Tipo Doc.: CC Dirección: CLL.1 N.4-50 MONTERIA - MONTERIA Médico: 0	Teléfono: 3105036768	No. Admisión: 0100585624 No. Poliza: Autorización: 1794
Código Descripción		Valor Total
Area Funcional: 05 LABORATORIO CLIN	AICO .	
19 LABORATORIO CLINICO		130,000.00
	Subtotal	Area >>> 130,000.00
	VALOR SERVICIOS:	130,000.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	130,000.00
CIENTO TREINTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS	***** **** **** **** **** **** **** ****	130,000.00
La presente factura efectrónica de venta de compraventa se asímila servicios a entera satisfacción.	en sus efectos a una letra de cambio (artícuto 5 Ley 1231 de 200	08). El contratante declara haber recibido los
Firma Firma	DICA  FECHA:  RECIBE:  FINT	HID Ois persona está autorizada para firmar y al epoforma la mercancia. Acepto esta factura.
Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian	N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Viger	icia 24 meses, Prefijo ONCF del

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390128-6 Software: TFHKA\_CO900390128 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:80ed742b7b6d8e1647ef7cc743eae701c022fdc956418eddf39046a13c09ea6f876442cd2725ffc80fe051185f8f576c

					A PROTECCIO E SERVICIOS (			<del></del>	· <del>·</del>	side Sign
Numero de auto			1139		Fecta: T		2/10/2021	Hora	ı	05:51:29 p. m.
Entidad responsable det p	ago:		ASOCIACI	Offindigen	A PEL CAUÇA			CODIGO EN	1	Nii: 800959856
<del></del>		<u>. </u>	iti	FORMACION	LOEL PRESIA	\nor	<u> </u>		···	1 101.0000000000
Nombre	-					UMEICO				
Codigo Departemento		41447		ueccion	(AFFE)	3 N° 1-57	B/CEDIBIO	Leleigno	Ι	313/761435
о фольшенто	<u> </u>	AHTIOU	IUIA		} <u> </u>			ARBO	LEJES	
	to t	<b>-</b>	<del></del>	DATOS D	EL PACIENTE					
Apalic	<del></del>	<del></del>	Apendo 2			Nombre	1		Momb	re 2
LOPI	EZ [		AHAYA			MARIA		i	CLARI	IDEL
Dirección de residencia  Ublicación del paciento af   X Consula externa		CANI	ME	Depar	tamento	AII	TOOUTA			FOAD MIOS IN MESES 7 DIAS ARBOLETES
Urgencias Manejo integral según guia de										
Código cups	Cantidad Desc	tipçion		<del></del>	——					
898201	1		TUDIO DE CO	DLORACION	BASICA EH E.	SPECIMA	U DE RECO	HOCIMENTO		Especialidad  LABORATORIO
898101	1		ES	TUDIO DE C	OLORAÇION .	BASICA	EN BIOPSIA	TO SIMPLIFIC	·	LABORATORIO
	l	ļ				· = · <del>T. II</del>	<del></del>			· <del></del>
Numero de solici	lud de origen	Feci	na	22/10/202	11		Hora.	03:51:	19 թ. թ.	
				PAGOS CO	MPARTIDOS			<del></del> -		-· · -·
Porcentaja	del valor da los se	vicios de e	sta autorizac	lón a pagar j	por la entidad	respons	able de pag			<u> </u>
Recaudo del prestador		Concepto	Valor	en pesos		Por	centaic	Ţ	Male	

Valor en pesos

MARIANO DE AGUSTIN

AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO

Nii: 800958856-1

Valor máximo (lope) en pasos

l ekiléne.

Lelefeno

Lebieno celalar

Lefeteno cefular

orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada sujeto auditoria medica [[Validez 90 dias]]

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL L'AGO QUE AUTORIZA

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza

Observaciones:

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

Cargo o actividad

Сопсеріо

rola moderatora Copage la de recuparació Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

## Factura Electronica de Venta ONCF140167

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Fecha Generación:13.NOV.2021 13:41

Cubra Desde: 1.OCT.2021 Hasta: 11.OCT.2021

No. Admisión: 0100578501

Fecha Vencimiento: 13.DIC.2021

Fecha Validación:13.NOV.2021 13:42

Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER

No. Doc.: 1042733270 Tipo Doc.: Tf Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE Teléfono: 314 617 4775

Coaigo	Desc	ripcion	Valor Total
Area Funcio	onal: 16	CIRUGIA	
<u>Cirugia</u>	413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA	ÓSEA Valor Servicio Qx
	3900	3 Grupo 05	115,375.00
•	3900	3 Grupo 05	57,687.00
	3920	7 Grupo 05	205,725.00
	3930	2 GRUPOS 04 - 05 - 06	84,045.00
	01 CIR	JGIAS GENERALES	462,832.00

Código	Descripcio			Valor Tota
Area Functonal:	16	CIRUGIA		
<u>Cirugia</u> 41310	01C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Se	rvicio Qx
	39003	Grupo 05		115,375.00
	39003	Grupo 05		57,687.00
	39207	Grupo 05		205,725.00
01	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06 S GENERALES		84,045.00
U1	CIROGIA	o denerated		462,832.00
			Subtotal Area >>>	462,832.00
rea Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2		
00	HANCENE	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		
02		DLOGIA Y RADIOLOGIA		47,200.00
03		TA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		118,800.00
05		MIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		1,215,000.00
13	ŞERVICIO	OS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		2,483,400.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS		1,688,860.00
15	MEDICAN	IENTOS POS		1,636,723.00
19	LABORAT	ORIO CLINICO		4,199,622.00
21	GASES M	EDICINALES		292,404.00
31	ECOGRA	FIAS		153,000.00
			Subtotal Area >>>	11,835,009.00
rea Funcional;	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2		,,,
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		
03	CONSULT	A MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		316,800.00
13	SERVICIO	OS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		5,041,100.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS		519,490.00
15	MEDICAM	ENTOS POS		765,858.00
19	LABORAT	ORIO CLINICO		998,400.00
21	GASES M	EDICINALES		1,450,498.00
			Subtotal Area >>>	9.092.146.00

 Subtotal Area >>>	9,092,146.00
VALOR SERVICIOS:	21,389,987.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	21,389,987.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

## Factura Electronica de Venta ONCF140167

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

VEINTIUN MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO

Otro

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Fecha Vencimiento: 13.DIC.2021

Fecha Generación:13.NOV.2021 13:41

Cubre Desde: 1.OCT.2021 Hasta: 11.OCT.2021

No. Admisión: 0100578501

Fecha Validación:13.NOV.2021 13:42

Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER

No. Doc.: 1042733270

servicios a entera satisfacción.

Tipo Doc.: Ti Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE

Teléfono: 314 617 4775

No. Poliza:

No. Autorización: 3877225

Código TOTĂL

Descripción

21,389,987.00

Valor Total

CENTAVOS \*\*\*\* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante dectara haber recibido los

Afiliado:

Omedica

Se hace constar que la fyrna disvinja el comprador, supone que dicha persona está autorizada para firmer y recibir, confesar la deuda y obilgas al comprador, supone que dicha percancia. Acepto esta factura.

Firma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126/6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:18ffdc63bd900bbff507dbcedabca5a3587b6eb0602cd129674e93eb3c20db27211f39e70450dcccd

## AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUH

3877226

Fecha: 01/10/2021

Hora; 15:18:42

		M DOD	3877226			-00103	
NUMERO	AUTORIZACIO		WORDS DEL CAL	ica	CODIGO	2P3103	
TIDAD RESPONSABLE I	DEL PAGO	ASOCIACION	INDIGENA DEL CAU		NIT EZI S	001418364	
HUAU RESPONSABLE	ADOR (Aulotia	zado)			cc 🗖	Número	
ORMACION DEL PREST							
mbre UNION TEMPORA	C SÓMICIOSE		42 10A 36 BARRIO I	OS LAURELES	MONT	CDIA 0	
odigo 9014183641	Dirección del P	restador CALLE	23	Municiplo	MONT	ENAMA Y ALTA COM	PLEJIDAD
	artamento	CORDOB	11170	RECUPERACIO	N DE LA SALUDIM	EDIANA Y ALYA COM	
uran, ulsumaicolaiceps	.2020@gmail.c	or Contrato: 524	DATOS DEL.	2000		and the second section of the second	
uten utsumentantan						2do Nembre	
	TUN	AY	Wu	LTER 1er No	nbre	Zgo Molimio	
TOGAMA	100	2do Apelil	do		0700070	Ed:	ad
ter Apelildo	.uneación		- okabila da F	strenieria No Do	cumanto de Identifia	cación SUBSIDIO T	
ipo Documento de Ider		asaporte			08/08/2007	MODALIDA	SUBSIDIO
] Registro Civil ] Tarjeta de identidad	<b>日</b> ^	dullo Sin identificat	sión 	1 Fecha	de Nacimiento		
1 arjeta da identidad 1 Cédula de Ciudadani		lenor Sin Identificat	CION			Telélono	A-1-A
T coddia de cigan-		A DEL FUERTE		Munici	pio VIGIA DEL F	UERTE	873
Dirección de Residencia	Habitual VIO	it a re-	05	Within			·
TANA olnemahaqas	OQUIA	Corre	o Electrónico				
eláfono Celular			SERVICIOS A	UTORIZADOS			
			t- inggiễn			Cama (B)	
Ibloación del paciente	al momento de	la solicitud de la al	DEDITALIZACION				
Syrodolou Gal backsing.		es as a militaria de 1886.					
FI Consulta Externa F	7 Hospitalizac	NOD Servicio 1 112					
Constille Externa la	Mospitalizac	HOD SCINED [_III				Especialidad	
Urgencias  Manojo Integral Según C	ZI Hospitasses			EDICAS			
Consulla Externa In Urgencias  Manojo Integral Según C  Código CUPS Ganild	ZI Hospitasses			EDICAS	àn21-10-01	Especialidad	
Consulta Externa La Urgencias  Manojo Integnal Según Codigo Cups Cantid 890402	Gulo de: Ind Descript INTERCO	ción DASULTA POR OTIVA	S ESPECIALIDADES M		<sub>18</sub> ; 2021-10-01		
Consulta Externa In Urgancias  Manojo Integral Según Codigo Cups Gantid	Guio de: Ind Descript INTERCO	ción DASULTA POR OTIVA EN: 1	S ESPECIALIDADES M	OMPARTIDOS		Hora: 15:18	]
Consulta Externa In Urgancias  Manojo Integral Según Codigo Cups Gantid	Guio de: Ind Descript INTERCO	ción DASULTA POR OTIVA EN: 1	S ESPECIALIDADES M	OMPARTIDOS		Hora: 15:18	
Consulla Externa La Urgencias Manojo Integnal Según C Código CUPS Cantid 890402  NUMERO DE SOL	Julia do: Ind Descript INTERCO	ción SHSULTA POR OTIVA EN: 1	S ESPECIALIDADES M PAGOS C n a pagar por la anlid	OMPARTIDOS		Hora: 15:18	
Consulla Externa La Urgencias Manojo Integnal Según C Código CUPS Cantid 890402  NUMERO DE SOL	Jule do: Ind Descript INTERCO LICITUD ORIGI e los servicios del paciente a	ción HSULTA POR OTIVA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la ac	S ESPECIALIDADES M PAGOS C n a pagar por la anlid	OMPARTIDOS ad responsable de	i pago % clamo de liquete, b rcentaje (%)	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias  Manojo Integral Según C Código CUPS Gantidi 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación	iulo de: lad Descripe INTERCO LICITUD ORIGI e los servicios del paciente a	ción DHSULTA POR OTITA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la autori	S ESPECIALIDADES M  PAGOS C  n a pagar por la enlidi  Itorización 0  Valor en pas	OMPARTIDOS ad responsable de		Hora: 15:18	
Consulla Externa La Urgencias Manojo Integnal Según C Código CUPS Cantid 890402  NUMERO DE SOL	Jule do: Ind Descript INTERCO ICITUD ORIGI e los servicios del paciente a or Concept	ción DRSULTA POR OTIVA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la au- to Moderadora	S ESPECIALIDADES M  PAGOS C  n a pagar por la enlidi  Itorización 0  Valor en pas	OMPARTIDOS ad responsable de	i pago % clamo de liquete, b rcentaje (%)	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias  Manojo Integral Según C Código CUPS Gantidi 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación	Into de: Ind Descript INTERCO LICITUD ORIGI e los servicios del paciente a or Concept	ción HISULTA POR OTITA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la au- to Moderadora	PAGOS Con a pagar por la enlidatorización 0 Valor en pes	OMPARTIDOS ad responsable de os Po	i pago % ctamo de lkquete, b rcentaje (%)	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias  Manojo Integral Según C Código CUPS Gantidi 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación	Into de: Ind Descript INTERCO LICITUD ORIGI e los servicios del paciente a or Concept	ción HISULTA POR OTITA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la au- to Moderadora	PAGOS Con a pagar por la enlidatorización 0 Valor en pes	OMPARTIDOS ad responsable de os Po	i pago % ctamo de lkquete, b rcentaje (%)	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias  Manojo Integral Según C Código CUPS Ganildi 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación	Interior int	ción HISULTA POR OTITA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la au- to Moderadora	S ESPECIALIDADES M  PAGOS C  n a pagar por la enlidi  Itorización 0  Valor en pas	OMPARTIDOS ad responsable de os Po	i pago % ctamo de lkquete, b rcentaje (%)	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integnal Según C Código CUPS Gantid 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado	Interest of the control of the contr	ción HISULTA POR OTITA EN: 1 de esta autorización la solicitud de la au- to Moderadora	PAGOS Con a pagar por la enlidatorización 0 Valor en pes	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ PERSONA QUE	it pago % ctamo de liquete, b roentaje (%) 0.00 \$	Hora: 15:18	
Consulta Externa In Urgencias  Manojo Integnal Según Codigo Cups Cantida 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaudo del prestado	iula de: Ind Descript Ind Descript INTERCO ICITUD ORIGI e los servicios del paciente a Concept Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza	ción  NSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación	PAGOS Con a pagar por la enlidatorización 0 Valor en pes	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ PERSONA QUE	it pago % ctamo de liquete, b roentaje (%) 0.00 \$	Hora: 15:18	
Consulta Externa In Urgencias  Manojo Integnal Según Codigo Cups Cantida 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaudo del prestado	iula de: Ind Descript Ind Descript INTERCO ICITUD ORIGI e los servicios del paciente a Concept Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza	ción  NSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación	PAGOS Con a pagar por la enlidatorización 0 Valor en pes	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ PERSONA QUE	it pago % ctamo de liquete, b roentaje (%) 0.00 \$	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integral Según Codigo CUPS Cantida 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado Nombre de quien au DIANA CAROLINA argo o actividado.	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integral Según Codigo CUPS Cantida 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado Nombre de quien au DIANA CAROLINA argo o actividado.	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integral Según Codigo CUPS Cantida 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado Nombre de quien au DIANA CAROLINA argo o actividado.	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	
Consulla Externa La Urgencias  Manojo Integni Según Codigo Cups Cantida 890402  NUMERO DE SOL  Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaudo del prestado  Nombre de quien au DIANA CAROLINA CAROLINA	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integral Según Codigo CUPS Cantida 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado Nombre de quien au DIANA CAROLINA argo o actividado.	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	
Consulla Externa In Urgencias Manojo Integral Según Codigo CUPS Cantida 890402  NUMERO DE SOL Porcentaje del valor de Semanas de afiliación Recaucio del prestado Nombre de quien au DIANA CAROLINA argo o actividado.	Julia de: Ind Descripci INTERCO LICITUD ORIGI  e los servicios de del paciente a or Concept Copago Cuota M Copago Cuota d Otro Itoriza PAZ CERON	ción  DRSULTA POR OTIVA  EN: 1  de esta autorización  la solicitud de la autorización  le Recuperación  IMUNERO	PAGOS CONTRACTOR PAGOS	OMPARTIDOS ad responsable de os Po 0.00 \$ A PERSONA QUE Teléfono Teléfono Celui	i pago % ctamo de liquete, b rcentaje (%) 0.00 \$ AUTORIZA	Hora: 15:18	

Solo valida on la IPS antonzada

THE THE STICKFORM MEMBER SEVALIDES OF DIVES.

is and that I want to



## Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA Orden de Servicios No.

1/10/2021

1772

16:26:33

Usuciilo: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA 524 MODALIDAD EVENTO

Contrato: Prestador del Servicio

INSTITUTO MEDICO DE ALYA YECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono:

CL 72 & A BY

Teléfone: 3146303459

[44)(H)(MA(4))

ESTANCIAS

06

109A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

esignitus.

8/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 13 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Quien Auloriza

MONICA FAJARDO ARGEL filma Realizó

Firma Paciente

yayayaya



Flima del Paciento

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3882599

Fecha: 05/10/2021

Hora: 20:27:62

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DE	EL CAUCA CODIGO EPSI03 .
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 🗹 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014163641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 DAF	RRIO LOS LAURELES
	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.elcepsi2020@gmeil.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DEL PACIENTE
OTOGAMA TUNAY	WULTER
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento do Idontificación	1042733270
	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación  Géduta de Ciudadanía Menor Sin Identificación	08/08/2007 SUBSIDIO TOTAL  Feebraria Nacionado MODALIDAD SUBSIDIO
	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO Teléfono
Dirección de Residencia Habítual VIGIA DEL FUERTE	
)	05 Municipio VIGIA DEL PUERTE 873
Teléfono Celular Correo Electrónico	A A 1 T 0 D 1 T 1 D 1 C 1
	SAUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización Consulta Externa 7 Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Сапъл
Urgencias	1
Manejo Integral Según Guía de:	Especialidad
Código CUPS Cantidad Descripción  October 1 FERRITINA	To find the state of the state
903016 1 FERRITIMA 903846 1 HIERRO TOTAL	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-05 Hora: 20:27
	COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	
Semanas de afillación del pactente a la solicitud de la autorización	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Recaude del presiador Concepto Valor en pes	os Porcentaje (%) Valor Máximo (Topa) en pasos
Cuota Moderadora	0.00 \$
Cuota de Recuperación	
Olro	PERSONA QUE AUTORIZA
	Teléfono
Nombre do quien autoriza DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teláfono Celular:
FOM 05/10/2021 903014 1 SATURACION DE TRANSFERRINA 903812 1 CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO (TIBC) 908336 1 INMUNOGI ORULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA	

s:sta orden de survien es autea e montalemble Solo valida en la 125 autorizada SUJIETO AUDITORIA MIEDICA <<VALIDIEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 do 1



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3882802

Facha: 05/10/2021

Hora: 20:37:36

ENTIDAO RESPONSABLE D	EL PAGO	ASOCIACION	INDIGENA D	EL CAUCA		CODE	30 EPS10	3	
INFORMACION DEL PRESTA	ADOR (Autori	zado)				NIT	<b>7</b> 901411	8364	
Nombre UNION TEMPORAL	SUMERCOL I	P8				СС	Numer	0	<del></del>
Código 9914193641 D	kección del l'	restador CALLE 4	2 IOA 38 ĐẠI	RIO LOS LAU	RELES				
Tolèlono 3137764435 Depar	lamenlo	CORDOBA		23 N	funicipio	M	ONTERIA	00	nt Postage
Correo: ulsumeicol.alcepsi20	020@gmail.co	r Contrate: 524-20	)21	RECUP	ERACION	DE LA SALU	D MEDIAN/	Y ALTA COMP	'LEJIDAD
			DATOS	DEL PACIENT	Ē	<del></del>			
OTOGAMA	TUNA	Υ	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	WULTER			·		
fer Apellido		2do Apoliido			1er Nombi	'ê		2do Nombre	
Tipo Documento de Identific			****		104273				
Registro Civif	J	aporte	2-11-1	de Extranjeria	No Docun	ianto de Idan	lificación	Edad	İ
☑ Tarjeta de Ideniidad ☐ Cédula de Ciudadania		to Sin Identificación er Sin Identificación			<del></del>	/08/2007		SUBSIDIO TO	
					Fecha de l	Vacimiento	<del>_</del>	MODALIDAD 8	1088010
Dirección de Residencia Habi		DEL FUERTE			d			Teléfono	
UDOITAN ofnematrac	iA			05	Aunicipio	VIGIA DEL	FUERTE	07	
Teléfono Celular	<del> </del>	Correo El		LUYONYAN	0.0	,			
,	<del></del>			S AUTORIZAD	US	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			···- ··· · · · · · · · · · · · · · · ·
Ubicación del paciente al mor				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			1	Cama DO	
Consulta Externa M Hos	apitalizacion	servicio HOSBII	ALIZACION					Cama <u>QO</u>	<b>——</b> —
Menejo Integral Según Guía de:					~~~~				· · · · · ·
Código CUPS Cantidad D	Descripción						Espec	lalklad	
		ISPIRACION DE MED OLORACION BASICA		NE MEDITIA OF	SEV WEST V	COALIAN			
		ITOMETRIA DE FLUJ		DE MEDOLA OC	ter finiceo	ntanini		·	
NUMERO DE SOLICITUD	ORIGEN:	1		F	echa: 202	21-10-05	Hora	20:37	
			PAGOS C	OMPARTIDOS	1				
Porcentaja del valor de los ser	stee eb solaivi	autorización a pag	ar por la entid	ad responsable	del pago	%	100		
Semanas de afiliación del paci	iente a la solic	allud de la autorizac	ión O		Reclamo d	le tiquete, bo	no o vale de	радо 🔲	
Recaudo del prestador Co	ancopto	,	Valor en pes	08 J	<u>Porcentaje</u>	(%)	Valor Máxi	mo (Tops) en p	<b>8808</b>
	uota Moderad	ota	0	.00 \$	<del> </del>	0.00 S			
	opago uota de Recur	neración							
Brand C	lro							[	
		INFORMA	CION DE LA	PERSONA QU	E AUTORI	ZA		•	
Nombro de quien autoriza DIANA CAROLINA PAZ CERO				Teléfono	<del></del> :	·	<del></del>		
Caigo o aciividad: ATENCION		<u> </u>		Teláfono Celu	inc:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·
<u> </u>	TOOMOREIN			10000000				<del></del>	<del></del>
FOM 05/10/2021 898201   ESTUDIO DE CO	വ വരമലവ	J BARICA EN ER	PEČIMEN O	E RECONOC	MIENTO	POR IMML	МОМЕТО	MILIMICA 2	. ]
893103 20 REVISION CAS			1 17/4/11/2/1 12			Olthano		wommore is	
									İ
				•					
-			Esta unión do	servicio es únic	a o lutrans!	oribie			
				da on la IPS aut				84 _ · F·	_ 4 _4 _ 4
Filma del Paciente		ล์เ	ΜΕΤΟ ΑΠΡΙΤΟ	RIA MEDICA <<	/Atjourz 90	()iAā>>		หลดูเกลา	a 1 do 1



Fluia del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3888757

Fecha: 08/10/2021

Hora: 15:25:10

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT M 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 E	
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Corroo: ulsumalcolalcepsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	S DEL PACIENTE
	And yet the transfer of the second of the se
OTOGAMA TUNAY  1er Apellido 2do Apellido	WULTER 1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento do Identificación	1042733270
•	la de Extranjeria No Documento de identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	
Cédula de Ciudadanfa Menor Sin Identificación	68/06/2007 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Resklencia Habitual VIGIA DEL FUERTE	Teléfono
AIUDOITAN of the state of the s	05 Municipio VIGIA DEL FUERTE 873
Teléfono Celular Correo Electrónico	The state of the s
SERVICE	OS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa W Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Y Cama
Urgenclas	
Manejo Integral Según Gula de:	Considerated
Código CUPS Cantidad   Descripción   908440   1   ANTICUERPOS ANYINUCLEARES AUTOMATIZA	Especialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN; 1 PAGOS	Fecha: 2021-10-08 Hora; 15:25
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la en	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización [ Recaudo del prestador Concepto Valor en p	
Cuota Moderadora	Total (M) The thanking (Table) on peads
₩ Copago	0.00 \$ 0.00 \$
Cuota de Recuperación	
[] Olfo	A PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	1010(10
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular;
FOM 08/10/2021	
908906 1 COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NE	- FELOMETRIA
906908 1 COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NE	· •
906417 1 Antiquerpos anti-DNA	// ************ * * ******************
904902 1 Tiroklea esilmulante TSH	
906406 1 Anticucipos anti-RNP y SM o RO y LA	
•	
Lata malán	da tembria es illistes e infrantshouith

Solo valida en la IPS anforizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIA9>>

Pagiga a 1 de 1



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3887103

Fecha: 07/10/2021

Hora: 21:45:51

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DE	L CAUCA CODIGO EPSIO3
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 1 001418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 . Okacción del Prestador CALLE 42 10A 36 BAR	RIOLOS LAURELES
	3 Município MONTERIA 001
Correo: ulsumeicol.aicapsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
OTOGAMA TUNAY	WULTER
1er Apellido 2do Apellido	fer Nombre 2do Nombre
Tipo Documento do Identificación	1042733270
	de Extranjeria No Documento de identificación Edad
Tarjeta de Identificación  Tarjeta de Ciudadanta  Menor Sin Identificación	08/08/2007 SUBSIDIO TOTAL  Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilual VIGIA DEL FUERTE	Teléfono
pullulate Millodes	05 Municipio VIGIA DEL FUERTE 873
Teléfono Celular Correo Electrônico	
	3 AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa Manuel Hospitalización Servicio  HOSPITALIZACION  Urgancias  Manuelo Integral Según Guía de:	Canta
Cádlao CUPS Centidad Descripción	Especialidad
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES /	HEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-07 Hora: 21:45
	OMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	ad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0	
Recaudo del prestador Concepto Valor en pes	OS POICORCAJO (14) VACO HILIXARIO (15) O/ OF POSOS
☐ Gueta Moderadora  ☑ Copage  ☐ Copage	.00 \$ 0,00 \$
Cuota de Recuperación	
Olto INCORNACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o acividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:
FOM 07/10/2021 VAÑLIDA PARA 902104 DIMERO D POR EIA	
····	
i eta milen da	: Greet to excensive distributively.

Selo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 00 DIAS>>

Pagignar 1 do 1



Qulen Autoriza

## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nii: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA Fechα Orden 05/10/2021 04:35:14 p. m.

Firma Paciente

Orden de Servicios No. 1583 Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfone 23996 Contralo: 524 MODALIDAD EVENTO ONCOMEDICA S.A. Prestador del Servicio CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Dirección y Teléfono: Teléfono: 7854344 Prophylogo a composi youdhar boddad PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA Total Servicios:

Firma Realizó



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 08/10/2021 05:26:34 p. m.

Usuarlo: If 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Orden de Servicios No.

1587

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días

Confraio:

Administratora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23994

Dirección y Teléfono:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono; 7854344

	Torrogation and the second second second second second second second second second second second second second	(Political)	yjujiloiiš	Syponomic s
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		<del></del> ,	
906270	SARS COV2 [COVID-19a ANTICUERPOS ty G [PRUEBA RAPIDA]	1	30,000,00	30,000.00
906271	SARS COV2 (COVID-19a ANTICUERPOS ID M (PRUEBA RAPIDA)	1	30,000,00	30,000,00
903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO (TIBC)	1	40,704.00	40,704.00
903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	1	67,416.00	67,416.00
( , 53016	FERRIINA+	1	63,600,00	63,600.00
906836	INMUNOGLOBULINA E (IG E) TOTAL POR RIA+	l	57,240.00	57,240.00
903846	HIERRO TOTAL+	1 🗸	38,169,00	38,160,00
<del></del>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		,

Total Servicios:

327,120,00

Firma Realizó

Firma Pacienie

**Quien Autoriza** 



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

fecha Orden 08/10/2021 03:44:00 p. m.

Usuario: II 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Orden de Servicios No.

1579

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administrationa; EPSI03 ASOCIACION (NDIGENA DEL CAUCA

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Presiador del Servicio Dirección y Teléfono:

CL 72 & A 87 Teléfono: 3146303459

	Pariethelen	reminings (Villippis)	(A)PM(A)(A)
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		
906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ASMA) POR IHA+	1 159,000,00	159,000.00
904902	HORMONÀ ESIIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)	1 \( \) 44,520.00	44,520.00
904406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A (RO) SS-B (LO) RNP y Sn RNP y Sm +	1 218,784.00	218,784.00
904906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	1 🗸 40,704.00	40,704,00
( ,,6417	DNA N - ANTICUERPOS POR EIA+	1 84,429.00	84,429.00
906908	COMPLEMENTO SERICO CA CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA+	1 63,588,00	63,588.00
F		Total Servicios:	611.025.00

Quien Autoriza

flema Roalizó

Firma Paciente



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nii: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

05/10/2021 03:57:41 p. m.

Fecha Orden

Firma Pactente

Orden de Servicios No. 1581 Uşuarlo: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días Administrationa: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 524 MODALIDAD EYENIO Controle: Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT Dirección y Teléfono: CL 72 & A 87 Telélono: 3146303459 in militeral and PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 902104 DIMERO DIPOR EIA 112,625,00 112,625,00 **Yolal Servicios:** 112,625.00

Firma Realizó

Oncomedica S.A. 812007194 CR 62 # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

### **HOSPITALIZACION PISO 4 T2**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

## Factura Electronica de Venta ONCF141971

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:19.NOV.2021 17:43 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:19.NOV.2021 17:44 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 19.DIC.2021 Cubre Dasda: 23.OCT.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:13.NOV.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: DOMICO DOMICO DONALDO No. Admisión: 0100584583 No. Doc.: 1046537808 Teléfono: 3106266983 Tipo Doc.: RC Dirección: VEREDA ARENERA - TURBO No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 3946066 Valor Total Código Descripción Area Funcional: 08 **IMAGENOLOGIA** MEDICAMENTOS POS 257,400.00 Subtotal Area >>> 257,400.00 Area Funcional: UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 68 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 81,845.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 405,900,00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,052,800.00 MATERIALES E INSUMOS 687,748.00 MEDICAMENTOS POS 2,398,303.00 15 LABORATORIO CLINICO 738,600.00 **GASES MEDICINALES** 60,914.00 Subtotal Area >>> 5,426,110.00 Area Funcional: UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 135,285.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,579,200.00 **MATERIALES E INSUMOS** 87,652.00 **MEDICAMENTOS POS** 74,764.00 **GASES MEDICINALES** 21 574,182.00 **TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS** 451,400.00 **ECOGRAFIAS** 72,000.00 Subtotal Area >>> 2,974,483.00 Area Funcional: 73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 1,984,770.00 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN 568,400.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 3,583,400.00 13 MATERIALES E INSUMOS 1,473,607.00 **MEDICAMENTOS POS** 8,955,611,00 LABORATORIO CLINICO 19 410,250.00 **ECOGRAFIAS** 31 382,600.00 Subtotal Area >>> 17,358,638.00 VALOR SERVICIOS: 26,016,631.00 VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

## No samos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

രവേഷ്ങളെ Cód. Habilitación: 230010094901	Factura Elec	<u>stronica de </u>	Venta ONCF141971	4
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICÓL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - M Teléfono:	_		Fecha Generación:19.NOV.2021 17: Fecha Validación:19.NOV.2021 17: Fecha Vencimiento: 19.DIC.2021	1
E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Cubre Desde:23.OCT.2021	
No. Contrato:	Tipo Contrato:Evento	Otro	Hasta:13.NOV.2021	
Código ERP:		1	Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IF	2\$
Paciente: DOMICO DOMICO DONALDO			No. Admisión: 010058458	83
No. Doc.: 1046537808 Tipo Doc.: RC Dirección: VEREDA ARENERA - TURBO Médico: ALFREDO ENRÍQUE DE LA HOZ PASTOR		3106266983	No. Poliza: No. Autorización: 3946066	
Código Descripción			Valor Tot	al
	VALOF	R DESCUENT	O: 0.0	0
	VALOR TO	TAL FACTUR	A: 26.016.631.0	n

TOTAL VEINTISEIS MILLONES DIECISEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* 26,016,631.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los

servicios a entera satisfacción.

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y Afiliado: recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Re **Birma** Firma

Autorización Numeración de Facturación. Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 a F64/12/2021 Vig encia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3948086

Fecha: 14/11/2021

Hora: 12:27:42

ENTIDAD RESPONSABL	E DEL PAGO	ASOCIACION INDI	GENA D	DEL CAUCA		ODIGO EPS	03
INFORMACION DEL PRE		·					
Nombre UNION TEMPOR						MIT 2 9014	
Código 9014183641	Dirección del Pres	stador CALLE 42 10/	26 04	2010100141	DELEO	CC Núme	ľo
Teléfono 3137784435 De		CORDOBA	1 30 07	1		1101177011	
Correo: utsumelcol.aicep					funicipio	MONTERIA	001
			DATOR	DEL PACIENTI		SALOD WEDIVA	A Y ALTA COMPLEJIDAD
DOMICO	DOMICO		DATOS	DONALDO	<u> </u>	<del></del>	
ter Apelfido	·····	2do Apellido		Tho think to	fer Nombre		2do Nombre
Tipo Documento de Ider	ntiffoación	•			1046537808		244 110111010
Registro Civil	☐ Pasapo	Luj	Cédula	de Extranjeria	No Documento de	identificación	Edad
Tarjela de Identidad  Cédula de Ciudadania		Sin identificación			09/04/201		SUBSIDIO TOTAL
<del></del>		Sin identificación			Facha de Nacimie		MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia I							Teléfono
Departamento ANT/O Teláfono Celular	QUIA		_	05 A	Aunicipio TURB	0	837
Legalotin Celdial		Correo Electró					
<del></del>				8 AUTORIZADO	<u>os</u>		
Ubicación del paciente al	momento de la solici	llud de la autorización					
Consulta Externa	Hospitalización Ser	vicio <u>HOSPITALIZ</u>	ACION				Const
Manejo Integral Según Guía	das					<del> </del>	
Código CUPS Cantidad						Ferio	lalidad
10A002 1	INTERNACION CO	MPLEJIDAO ALTA HABI	TACION	BIPERSONAL		Longe	Heliata
NUMERO DE SOLICIT	TUD ORIGEN: 1			F	echa: 2021-11-14	Hor:	e: 12:27
				COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los	servicios de esta au	torización a pagar po	la entle	lad responsable	del pago %	100	
Semanas de afiliación del p		de la autorización		)	Reclamo de tiqueto	e, bono o vate d	pago []
Recaudo del prestador	Concepto		en pes		orcentaje (%)		mo (Tope) on peace
	Cuola Moderadora	<del></del>		0.00 \$	0004		
	Copago Cuota de Recupera	eción		···	0.00 \$		
	Olro						
Nombre de quien autoriza	<del> </del>	INFORMACION	DELA	PERSONA QUE	E AUTORIZA		
FRANCIA ELENA GONZAL	EZ MOÑA			Teléfono			
Camo o aclividad; AUX RE		RAREFEREN		Telèfono Celui:	ar:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
FOM 14/11/2021				1			
							1
						٠.	
							J
							<b>!</b>
	<del></del>	·				<u> </u>	

Esta ordén de servicio es única e intransferible Soto valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Pagina a 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° #72-34 ED. IMAT 7854344

Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

## Factura Electronica de Venta ONCF142254

HOSPITALIZACION PISO 2 T1



Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mall: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com  Fecha Validación Fecha Vencimiento Cubre Desde	n:22,NOV.2021 11:41					
Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com  Fecha Validación Fecha Validación Cubre Desde						
Teléfono:  E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com  Cubre Desde  Hasts	in:22.NOV.2021 11:42					
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com  Cubre Desde  Hasts						
Haste - Haste	le:10.NOV.2021					
No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro	la:17.NOV.2021					
Código ERP: Responsable:UNION TEMPO	DRAL SUMEICOL IPS					
	istón: 0100589159					
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205342149  Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Polize:						
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 2120						
Código Descripción	Valor Total					
Area Funcional: 02 QUIMIOTERAPIA						
14 MATERIALES E INSUMOS	35,458.00					
15 MEDICAMENTOS POS	5,860,500.00					
	, ,					
Subtotal Area >>>	5,895,958.00					
Area Funcional: 07 URGENCIAS						
	17.000.00					
02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00					
03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	39,600.00					
14 MATERIALES E INSUMOS	63,471.00					
15 MEDICAMENTOS POS	22,790.00					
19 LABORATORIO CLINICO	207,100.00					
Subtotal Area >>>	300 464 00					
Subtotal Area >>>  Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	380,161.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	380,161.00					
	<b>380,161.00</b> <b>318,000.00</b>					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	318,000.00 237,600.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES	380,161.00 318,000.00 237,600.00 507,400.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	380,161.00 318,000.00 237,600.00 507,400.00 167,450.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLÍNICO 99 QUIMIOTERAPIA	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLINICO 99 QUIMIOTERAPIA  Subtotal Area >>>	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLINICO 99 QUIMIOTERAPIA  Subtotal Area >>>  Area Funcional: 16 CIRUGIA	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD  14 MATERIALES E INSUMOS  15 MEDICAMENTOS POS  19 LABORATORIO CLÍNICO  99 QUÍMIOTERAPIA  Subtotal Area >>>  Area Funcional:  16 CIRUGIA  CIrugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  Valor Servicio	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLÍNICO 99 QUÍMIOTERAPIA  Area Funcional: 16 CIRUGIA CIrugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servicios de Cirugia 613003 Grupo 05	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLÍNICO 99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional: 16 CIRUGIA  Cirugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servicios de Composito d	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional:   09	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 slo Qx 59,225.00 45,240.00					
Area Funcional:   09	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00					
Area Funcional: 09	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 3,838,982.00 15,240.00 114,465.00					
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLINICO 99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional: 16 CIRUGIA CIrugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servici 35003 Grupo 05 66 39103 Grupo 05 67 3103 Grupo 05 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 80,225.00 15,240.00 114,465.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLÍNICO 99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional: 16 CIRUGIA  CIRUGIA  CIRUGIA 139003 Grupo 05 39103 Grupo 05 66 39103 Grupo 05 67 39103 Grupo 05 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  ONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 3,838,982.00 114,465.00 114,465.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD  14 MATERIALES E INSUMOS  15 MEDICAMENTOS POS  19 LABORATORIO CLINICO  99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional:  16 CIRUGIA  CIrugia  4131101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  Valor Servici  39003 Grupo 05  63 39103 Grupo 05  44  01 CIRUGIAS GENERALES  Subtotal Area >>>  Area Funcional:  68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 3,838,982.00 114,465.00 114,465.00 39,600.00 1,579,200.00					
Area Funcional:  01 CIRUGIAS GENERALES  03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD  14 MATERIALES E INSUMOS  15 MEDICAMENTOS POS  19 LABORATORIO CLINICO  99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional:  16 CIRUGIA  CIrugia 413101 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  01 CIRUGIAS GENERALES  Area Funcional:  68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2  BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA  O3 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS  13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD  14 MATERIALES E INSUMOS	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 3,838,982.00 114,465.00 114,465.00 114,465.00 39,600.00 1,579,200.00 565,912.00					
Area Funcional:  09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1  01 CIRUGIAS GENERALES 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD  14 MATERIALES E INSUMOS 15 MEDICAMENTOS POS 19 LABORATORIO CLINICO 99 QUIMIOTERAPIA  Area Funcional: 16 CIRUGIA  CIRUGIA  13903 Grupo 05 19104 CIRUGIAS GENERALES  Subtotal Area >>>  Subtotal Area >>>  Area Funcional: 16 CIRUGIA 1900 05 1900	507,400.00 167,450.00 1,025,132.00 1,042,300.00 541,100.00 3,838,982.00 3,838,982.00 114,465.00 114,465.00 39,600.00 1,579,200.00					



Опcomedica S.A. NIT: 812007194 CR 8ª # 72-34 ED. IMAT 854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF142254 Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:22.NOV.2021 11:41 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:22.NOV.2021 11:42 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 22.DIC.2021 Teléfono: Cubre Desde:10.NOV.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: (7, NOV, 2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100589159 Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti Teléfono: 3205342149 No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 2120 Valor Total Código -Descripción Subtotal Area >>> 3,056,971.00 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: 69 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,052,800.00 13 MATERIALES E INSUMOS 25,515.00 346,200.00 LABORATORIO CLINICO Subtotal Area >>> 1,424,515.00 VALOR SERVICIOS: 14,711,052.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 0.00 VALOR DESCUENTO: 14,711,052.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CATORCE MILLONES SETECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* 14,711,052.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

cone que dicha persona está autorizada para firmar y Stoff (F) E precancia. Acepto esta factura. Sa hace constar que la firma distinta al co bir, confesar la deuda y obliga

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Pág. No.: 2

CUFE:f26c15fa2bc6b0bf6cf7a9e09d328d4744774640



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA Fecha Orden 14/11/2021 10:28:24

Orden de Servicios No. 2091 Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 27 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996i 524 MODALIDAD EVENTO Contrato: Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 Dirección y Teléfono: STATEMENT STATEMENT STATEMENT Sin Melijerbine CONSULTAS INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA + 890402 **Total Servicios:** 

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARUO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 17/11/2021 8:56:35

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

2120

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 29 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996:

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA & # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

recombine various someologic

#50องเลียวสได้การ ESTANCIAS 06

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

Firma Paciente



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 19/10/2021 15:39:33

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239961

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

o Dordipalón PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

1

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

Quien Autoriza

Firma Paclente



## UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 19/10/2021 15:40:55

Usuarlo: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

1751

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 0 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996:

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

bescholous 1997 and the second of PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

\* A STATE OF THE PROPERTY OF THE STATE OF TH

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

Firma Paciente



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3946133

Fecha: 14/11/2021

Hora: 16:01:10

ENTINE DECOMPANIE DEL DAGO LA COMPANIONE DE	OCT OUTO			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03			
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364			
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C ☐ Número			
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 8	BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001			
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
DATO	OS DEL PACIENTE			
JUMI SAPIA	WILLER			
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre			
Tipo Documento de Identificación	1039654124			
Registro Civil Pasaporte Céde	ula de Extranjeria No Documento de Identificación Edad			
Tarjeta de identidad Adulto Sin identificación	19/06/2014 SUBSIDIO TOTAL			
Cédula de Cludadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO			
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono			
Departamento ANTIOQUIA	05 Municipio MURINDO . 475			
Teléfono Celular . Correo Electrônico				
SERVIC	NOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO	N Cama			
Urgenclas				
Manejo Integral Según Guía de:				
Código CUPS Cantidad Descripción 890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADE	Especialidad - ES MEDICAS			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-11-14 Hora: 16:01 S COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la el				
Semanas de afiliación del paciente a la soficitud de la autorización	0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago			
Recaudo del prestador Concepto Valor en p	pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos			
☐ Cuota Moderadora ☐ Copago	0.00 \$ 0.00 \$			
Cuota de Recuperación				
Olro				
	LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	Teléfono			
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Celular:			
AND AND AND AND AND AND AND AND AND AND	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
FOM 14/11/2021 ORDEN VALIDA PARA: 106M01 1 INTERNAC	CION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			
Esta ordéi	n de servicio es única e intransferible			
Solo	Valida en la IPS autorizada			
Firma del Paciente SUJETO AUD	ITORIA MEDICA < <validez 90="" dias="">&gt; Pagina ia 1 de 1</validez>			

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3951247

Fecha: 17/11/2021

Hora: 22:33:41

Pagina la 1 de 1

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DE	L CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [7] 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BAF	RRIO LOS LAURELES
	Municipio MONTERIA 001
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
JUMI SAPIA	WILLER
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039654124
A Callette and	de Extranjería No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	19/06/2014 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfono
A STATE OF THE STA	05 Municipio MURINDO 475
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIO	S AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Urgencias	Cana Cana
Manejo Integral Según Guía de:	Especialidad
Código CUPS Cantidad Descripción  10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	Fecha: 2021-11-17 Hora: 22:33
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS C	COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid	lad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	···
Recaudo del prestador Concepto Valor en pes	
Cuota Moderadora	
☑ Copago	0.00 \$
Cuota de Recup yración	
Otro INFORMACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:
106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMED	DIO PEDIÁTRICO
	e servicio es única e intransferible Bida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



## **ANEXO TÉCNICO No. 3** SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicifud :

2

Fecha

10/11/2021

Hora:

22:40

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Teléfono:

7854344

Entidad a la que se informa (Pagador):

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código:

SOLICITANTE

No. Admisión:

0100589159

19/06/2014

Nombre

WILLER JUMI SAPIA

Tipo documento:

T1

Número:

1039654124

Dirección:

COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA

Fecha de nacimiento :

Teléfono: 3205342149

Opto:

(05) ANTIOQUIA

Ciudad:

(475) MURINDO

Zona:

R

Clase Afiliación:

NV

Localidad:

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicacion:

**UCI INTERMEDIOS** 

Cama:

301

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención iniciat de

Prioridad Atención:

NV

Código CUPS

Cantidad

Descripción servicio

1 413101

> ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA 1

898106 898004

Medula osea

033101

PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPEUTICA)

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

992502

Quimioterapia intratecal

898002

Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u

992505

POLIQUIMIQTERAPIA

Justificación clínica

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS. ADJUNTO SOPORTES

Dx. Principal:

C910

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

Dx. Relacionado 1:

Dx. Relacionado 2:

Dx. Relacionado 3:

Solicita:

**SMEJIAD** 

Cargo:

MANUEL MORENO MESTRA

Teléfono:

ASISTENTE DE CUENTAS

Celular:

Asunto: Fwd: Fwd: ANEXO 3 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA WILLER JUMI SAPIA IMAT **ONCOMEDICA** De: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Fecha: 22/11/2021, 9:32 a.m. Para: AUTORIZACIONES SUMEICOL <autorizacionutsumeicol@gmail.com> Buen dia Amablemente solicito envio de ésta autorización pendiente gracias ----- Mensaje reenviado -----Asunto: Fwd: ANEXO 3 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA WILLER JUMI SAPIA IMAT ONCOMEDICA Fecha:Sat, 13 Nov 2021 13:54:03 -0500 De:SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Para:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com> **ENVIO II** ----- Mensaje reenviado -----Asunto: ANEXO 3 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA WILLER JUMI SAPIA IMAT **ONCOMEDICA** Fecha:Sat, 13 Nov 2021 13:30:31 -0500 De:SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Para: MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

Señores:

### SUMEICOL EPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización del paciente: WILLER JUMI SAPIA identificado con el numero 1.039.654.124 correspondiente a

413101BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

898106ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA

898004ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)1

033101 PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)

992502 TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL

898002 ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O
SECRECIÓN

1

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realización de servicios posteriores a la atención Inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adopterá el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o Internación, la solicitud de vautorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir le solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de satud en la cual opere el prestador de servicios de salud, asi: los ubicados en municípios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los damás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud., Las direcciones territoriales de satud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención Inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuentan con la autorización correspondiente.

**NOTA**: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.3

Cordialmente

Sirley Mejia Diaz Asistente de Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

Adjuntos:	
ANEXO 3 WILLER J.pdf	109 KB
WILLER JUMI - POLITERAPIA.PDF	68,6 KB
WILLER ILIMI - INFORME OX PDE	213 KB



# UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NII: 901418364-1 | Codigo: 9014183641 | CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 | MONTEPIA - CORDORA

Focha Orden 19/10/2021 15:39:33

A CARLO CONTRACTOR OF THE CONT	MONTERIA - CORDOBA			
Usuarlo: RC: 10396541	24 JUMI SAPIA WILLER		Ordon do Sorvicios No.	1750
Diry Yol: CALLE 1 Nº 4-50 239968  Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO			19/08/2014 Edad : 7 oños, 4 mosos y 0 cilas Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239981	
Prestador del Servicio Dirección y Teléjono:	ONCOMEDICA S.A. CRA 6 # 72-34 ED. IMAT	Teléfono: 7854344	A TOTAL CONTRACTOR OF THE CONT	
Prophistory	公公生。1995年19月1日1日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日		elicitifi <b>i</b> e <mark>foliqipas</mark>	(Hapiotalot
04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)			}	-
03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos 992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL			i	
			Total Sarvicles;	
Angle Re		Aller (A).		•
ANGELICA MARTINEZ RIA Quian Autorita		ICA FAJARDO ARGEL Flima Roalizó	Fluma Pac	lente



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3946133

Fecha: 14/11/2021

Hora: 18:01:10

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO . ASOC	IACION INDIGENA DEL CAUC	A CODIG	O EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT (	2 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		ccl	Mimero
Código 9014183641 Dirección del Prestador C	CALLE 42 10A 36 BARRIO LO	B LAURELES	
	KDO8A 23	Municipio MC	NTERIA ON -
Correo: utsumetcot.alcepsi2020@gmail.cor Contrato:	524-2021 RI	CUPERACION DE LA SALUE	MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAO
	DATOS DEL PAG	HENTE	
JUMI SAPIA	WILLES		
i	Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1039654124	
Registro Civit Pasaporte		njeria No Documento de Iden	lifteación Edad
Tarjeta de Idenildad Adulto Sin Iden Cedula de Ciudadanta Menor Sin Iden		10/00/2014	SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadania Menor Sin Iden	NICHCION	Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilual MURINDO			Telèfono
Departamento ANTICQUIA	05	Municipio MURINDO	476
Teléfono Celular , C	orreo Electrónico		
	SERVICIOS AUTOR	NZADOS	
Ubicación del paciente al momente de la solicitud de l Consulta Externa M Hospitalización Servicio Urgencias	a autorización HOSPITALIZACION		Cana
Manejo Integral Según Gula de:			Especialidad
Código CUPS Cantidad Descripción 890402 1 INTERCONSULTA POR OTI	RAS ESPECIALIDADES MEDICAS	<u></u>	La / ocininati
		Fecha: 2021-11-14	Hora: 16:01
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	PAGOS COMPAR		Hein. (0,0)
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorizad			100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la s		Reclamo de liquete, bor	io o Vale de pago
Recaudo del prestador Concepto	Vator en pesos		Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Cuola Moderadora			
	0.00 \$	0.00 \$	
Cuota de Recuperación Otro			
	IFORMACION DE LA PERSOI	IA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Felélon	)	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA			
Cargo o aciividad: AUX REFERENCIA Y CONTRARE	FEREN Toláton	o Celular:	
FOM 14/11/2021 ORDEN VALIDA PARA: 106	MO1 1 INTERNACIÓN EN L	INIDAD DE CUIDADO INTE	ERMEDIO PEDIÁTRICO
<b>4</b>			
	a saka kada sa da sa kada na Jagilka a Milia da Kad	o complete de distribuir Cardiffe. Este con este este distribuir com este este este este este este este est	
Firma dei Paciento	SMJEYO AUDITORIA MED		Pagina a 1 da 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF142272

2.NOV.2021 12:00	
2.NOV.2021 13:50	
22.DIC.2021	
8.OCT.2021	
8.OCT.2021	
AL SUMEIÇOL IPS	
ón: 0100583710	
	2c7a1
Valor Total	8
	Ç Ç

0.00

0.00

0.00

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:2 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:2 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: Hasta: Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORA Código ERP: Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER No. Admisi No. Doc.: 1042733270 Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE Teléfono: 314 617 4775 No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: Código Descripción UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: MEDICAMENTOS NO POS 5,918,962.00 Subtotal Area >>> 5,918,962.00 5,918,962.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 5.918,962.00 TOTAL CINCO MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS 5,918,962.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se esimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante deciara haber recibido los servicios a entera satisfacción. FACTURACIÓN UT SUMEICOL Se hace constar que la firma distinta al Minipal Paragona Randcha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratente. Recibi conforme la mercancia. Acado esta farbura Afiliado: A LTZ FECHA:

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 at 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000, Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Firma

CUFE: c5e811765ce9ea28f96f65331116d1bb517ab3b0c89b2f3fb51e3fda978768ceda2f855e479982b24a28

RECIBE:

Asunto: Fwd: MIPRES NO PBS - WALTER OTOGAMA TUNAY ([INMUNOGLOBULINA] 50MG/1ML /

OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

De: Autorizaciones Oncomedica <autorizaciones 3@imatoncomedica.com>

Fecha: 12/10/2021, 08:19 a.m.

Para: asistentegcmhosp01@Imatoncomedica.com, asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com, hospitalizacion4t2@imatoncomedica.com, urgencias@imatoncomedica.com, admisiones@imatoncomedica.com, asistentegcmuci01@imatoncomedica.com, asistentegcmcardio02@imatoncomedica.com

**PSC** 

----- Mensaje reenvlado -----

Asunto:Re: MIPRES NO PBS - WALTER OTOGAMA TUNAY ([INMUNOGLOBULINA] 50MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Mon, 11 Oct 2021 17:51:14 -0500

De:Johnatan Getial Valencia <a href="mailto:square;">sgnopbstranscriptor@aicsalud.org.co></a>
Para:Juan Guillermo Berrio Guzman <a href="mailto:square;">autorizaciones3@lmatoncomedica.com></a>
CC:MONICA FAJARDO <a href="mailto:square;">autorizacionutsumeicol@gmail.com></a>

Buenas tardes.

La normatividad Citada en el correo:

THE WOLLD PERSON AND THE LOUISING OFFICIAL

Cantitad 7

Para tratamianto hospizabrio del parlanta (a): WALTER OTOGAMA TUNAY

Con identification IP: 1042733270

Patiente que se encuentra hospitalizado en la institución

if the resignation bath global adjunction and resident and behavior to be a complete and a second second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second and a complete and a second a

thing here were in the contraction of the property of the property of the contraction of the property of the p

Datig (au Beurgenteaus) syndegelogiskau volt i eine seere deen ersket de deel die erste deer de deel d

Corresponde a la resolucion 5395 de 2013, la cual esta obsoleta, pues ya no se usa el modelo de CTC sino de MIPRES.

La resolución actual para prescripción de tecnologías no pbs es la 2438 de 2018 (subsidiado) y 1885 de 2018 (contributivo)

Y en esta se refiere que no se requieren autorizaciones para prestar servicios no pbs, sino solamente el direccionamiento.

Art 30 de res 2438 de 2018:

# CAPÍTULO III DEL BUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O BERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artícuto 30. Gerantia del suministro. Las EPS y las enlidades lerritoriales de conformidad con el modelo adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015, consultarán la herramiente lecnológica de reporto de prescripción de tecnológica en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito u ordenado por el profesional de la salud según corresponda, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinancia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de tecnológica en salud o servicios complementados que requieren análisis por parte do la Junta de Profesionales de la Salud, en cuyo caso la aprobación estará dada por ésta y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse.

Se recuerda que si una tecnología es prescrita en el ambito hospitalario internación sin referencia (como es este caso) no se requiere direccionamiento, pues significa que el prestador en donde el paciente esta hospitalizado, proveerá el servicio, de lo contrario, se debe realizar la prescripción en el ambito hospitalario internación con referencia.

El lun, 11 oct 2021 a las 17:34, Juan Guillermo Berrio Guzman (<autorizaciones3@imatoncomedica.com>) escribió:

Señores:

#### **UT SUMEICOL IPS**

De manera adjunta envío Radicado MIPRES para AUTORIZACIÓN de tecnología NO-PBS:

### [INMUNOGLOBULINA] 50MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES

Cantidad: 7

Para tratamiento hospitalario del paciente (a): WALTER OTOGAMA TUNAY

Con Identificación Nº: 1042733270

Paciente que se encuentra hospitalizado en la institución

Articulo 10. Procedimiento para fa aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS. Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en gatud NO POS, as seguiná el algulante procedimiento.

A) Itanistico tratante presentara por escrito el Comité Técnico Creculino - CTC de la [1) prescriptión (es) u orden (es) madra [1) y su justificación, adjuntando la especials o resumen de historia crimpa del pacifica, en mecesario, ataniona pulos abbre recultados de aprodas diagnosticas, información ibbliográfica, filosophos combas proficas, que sustente su decisión. En caso que la tecnologia en salud 100 POS cuya autorización se solicitas trate de un médicamento, i médica trate la soficiaca en su denominación comba internacional e ladente el construcción de comba internacional el construcción de comba internacional el construcción de comba internacional el construcción de combas de comb

Cuandata ternologia en pilolitiu POS se erate de groced intenio, el médito deberá ultrar la Codificación direca de frocediarientos CUPS canta para la tecnología. His PIS qua grasciba, como para la tecnología inclición en el POS que econjara o sutiliuye.

th Enlos das (1) dies uzwieler als plesenteiba de ta o las presențulanes u didente mêdias y judiliculân par clanklita sestante, el Contlé Henrin Clentika — ElC dabată eldă e cobre la pertura metentala y regionale dichila en la proportiza acta

restrictions suspinger to the property of the contract of the

4) Additional and a solution of the process of the constitution of the process of

On the Month of the Annal of th

Heletga limbatole pere la erbol del padrate deberà rec demostrado y conster en la blitaria cibites.

Brian Escobar Rada
ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

+57 (4) 7848997 Ext: 3609

#### IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuates están dirigidos.

Si usted recibo este correo per error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y absteriarise de comparte o divelgar la información contenida en este y en lo posible eleption diche correo de se bandaja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correc una vez enviado.

Protojamos El Medio Ambiento No imprima este correo sino es necesario.



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monterla - Córdoba

HEMODINAMIA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

Cód. Habilitación: 230010094901

#### Factura Electronica de Venta ONCF142810

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mail: utsumeicol aicepsi2020@gmail.com  No. Contrato: Código ERP:  Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO No. Doc.: 6630825 Tipo Doc.: CC Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES Médico: CARLOS MAURICIO BURGOS DURANGO  Fecha Generación:23.NOV.202: Fecha Validación:23.NOV.202: Fecha Vencimiento: 23.DIC.202:  Cubre Desde: 10.SEP.202: Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICO No. Admisión: 01005: No. Admisión: 01005: No. Admisión: 2180
No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento Código ERP:  Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO No. Doc.: 6630825 Tipo Doc.: CC Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES Médico: CARLOS MALIBICIO PUERCOS PURANCO Teléfono: 320 540 9081 No. Poliza:
Código ERP:  Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO  No. Doc.: 6630825  Tipo Doc.: CC Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MALIBICIO RUBCOS SUIDANOS  No. Poliza:
Codigo ERP:  Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO  No. Doc.: 6630825  Tipo Doc.: CC Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MALIBICIO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MALIBICIO PUERTO BELGICA - CACERES
Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO  No. Doc.: 6630825  Tipo Doc.: CC  Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MAURICIO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MAURICIO PUERTO BELGICA - CACERES  No. Poliza:
Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES  Médico: CARLOS MALBICIO RUBGOS DUBA LOS
Medico: CARLOS MAURICIO RUBCOS OUBANDO
110, 70001200015, 2100
Código Descripción Valor
Area Funcional: 14 HEMODINAMIA Valor
01 CIRUGIAS GENERALES
13 SERVICIOS DE ADOVO ENLA ATENCION DE CALLO
14 MATERIALES E INCLINOS
1.399.30
15 MEDICAMENTOS POS 316,050
Subtotal Area >>> 3,215,44*
VALOR SERVICIOS: 3,215,44°
VALOR COPAGOS:
VALOR PAGO COMPARTIDO:
VALOR DESCUENTO:
TOTAL VALOR TOTAL FACTURA: 3,215,441
TRES MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS **** 3,215,441
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido lo survicios a enteja satisfacción.
Afiliado:  Vendedo:  Se hace constar que la firma de AG Turne de Supressa está autorizada para firma recibir, confesar la deuda y obligar at conflicina de mercancia. Acepto esta factura
MAY ONCOMEDICA Tectoir, confessar la deuda y obligar al conflictative Rectili conforme la mercancia. Acepto esta factura
NVX012 00X 104.8 FECHA:
Flows RECIBE: May 1
- Tima I
onsecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tennelácios: The Fosters III/A del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del
onsecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveador tecnológico: The Factory HKA Colombia NiT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 Softwarei 2d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767
Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Dios



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 11/09/2021 17:00:48

Usuario: CC 6630825 PERTUZ PERATE ALBERTO

2180

Dir y Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

20/11/1941 Edad: 80 años, 0 meses y 3 días

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996:

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

876120

ARTERIOGRAFIA CORONARIA NOOC.

**Total Servictos:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paçienie

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6<sup>a</sup> # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

HEMODINAMIA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF143485

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUM Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAI Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gm	RELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Generación:26.NOV.2021 11:52 Fecha Validación:26.NOV.2021 11:52 Fecha Vencimiento: 26.DIC.2021 Cubre Desde: 13.SEP.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento	Otro Respons:	Hasta: 13.SEP.2021
Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO		. Hosponsi	
I	GICA - CACERES	o: 320 540 9081	No. Poliza:
Código Descripción	DIVARGO	NO. F	utorización: 2201
Area Funcional: 14 HEMOD	NAMIA		Valor Total
01 CIRUGIAS GENERALES			8,480,000.00  Area >>> 8,480,000.00  8,480,000.00  0.00  0.00  0.00  8,480,000.00  8,480,000.00
	-	Subtotal	Area >>> <b>8,4</b> 80,000.00
	VAI	OR SERVICIOS:	8,480,000.00
	VA	LOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO	COMPARTIDO:	0.00 (8
	VALC	R DESCUENTO:	0.00
TOTAL	VALOR TO	OTAL FACTURA:	8,480,000.00
OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHE	ITA MIL PESOS CON CERO CENTAVO	S **** **** **** **** **** ***	8,480,000.00
La presente factura electrónica de venta de comprave servicios a entera satisfacción.	nta se asimila en sus efectos a una letra de car	nbio (artículo 5 Ley 1231 de 2008	). El contratante declara haber recibido los
Afiliado:  Vendedor  Firma  orización Numeración de Facturación Electronseculivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedo	T ONCOME/OICA   recibir, confessation   1	ECHA: 21 - 01 · 2 ECHA: 21 - 01 · 2 ECIBE: 4 Finns	8,480,000.00  De la contratante declara haber recibido los  os la contratante declara haber recibido los los los los los los los los los lo
32d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Forma de Pago: Credito	Medio de Pago: Transferencia Electrón		CUFE:344dda81db5d74160c99

#### MINISTERIO DÉ LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

Firma del Paciente

3843183

Fecha: 09/09/2021

Hora: 11:32:46

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03					
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 7 901418364					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  C C □ Número						
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 B	ARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001					
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021						
DATOS DEL PACIENTE						
PERTUZ PEÑATE	ALBERTO					
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre					
Tipo Documento de Identificación	6630825					
Registro Civil Pasaporte Cédu	a de Extranjería No Documento de Identificación Edad					
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	20/11/1941 SUBSIDIO TOTAL					
☑ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin (dentificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO					
Pirección de Residencia Habitual PUERTO BELGICA	Teléfono					
partamento ANTIOQUIA	05 Municipio CACERES 120					
Teléfono Celular Correo Electrónico						
SERVIC	OS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización						
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cama DO					
Urgencias	Cama <u>90</u>					
Manejo Integral Según Guía de:						
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad						
378301 1 INSERCION (IMPLANTACION) DE MARCAPASOS BICAMERAL						
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Feche: 2021-09-09 Hora: 11:32						
PAGOS COMPARTIDOS						
Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %						
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador Concepto Valor en p	esos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
Cuota Moderadora						
☑ Copago	0.00 \$					
Cuota de Recuperación Otro						
15-rate and the second						
Nombre de quien autoriza	Teláfono					
DIANA GAROLINA PAZ CERON						
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular;					
FOM 09/09/2021						
	•					

Esta orden da servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUCITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

\_ ia 1 de 1



Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 15/09/2021

16:19:56

Usuario: CC 6630825 PERTUZ PERATE ALBERTO

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

2201

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

20/11/1941 Edad: 80 años, 0 meses y 5 días . Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 4 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Grandstark stayoodhala z

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

378201 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL

8,480,000.00

8,480,000,00

Total Servicios:

8,480,000,00

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

firma Paciente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º #72-34 ED. IMAT 7854344 DICO≪ALTA Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

MEDICOMALIA N					s de retención en la fuente	
ekoneskasa C	Cód, Habilitación:	230010094901	Factura	<u>Electronica</u> d	<u>e Venta ONCF1441</u>	47 简照纳热热
Identificación: NI Dirección: Ct. Teléfono:	T 901418364-1 42 10 A 36 BRF	R LOS LAURELES - M	ONTERIA - CORDOBA		Fecha Validaci Fecha Vencimier	
E-Mail: uts	iumeicol.aicepsi	2020@-jmail.com			i	de:30.OCT.2021 sta: 6.NOV.2021
No. Contrato: Código ERP:		Т	ipo Contrato:Evento	Otro	Responsable:UNION TEMP	
Paciente: LICON	IA GARCIA AN	TONELA			No. Adr	nisión: 0100586614
No. Doc.: 103748 Dirección: VERED Médico: VICTO:	DA CHANGAS - i		Telé	fono: 3126734140	No. Poliza: No. Autorización: 2127	74fbc9
Código	Descripción					Valor Total
Area Funcional:	07	URGENCIAS				26521
. 02	IMAGENOLO	GIA Y RADIOLOGIA				طِّ 47,200.00
03	CONSULTA N	MONITORIZACION Y P	ROCEDIMIENTOS DIA	SNOSTICOS		235,570.00
05	PROCEDIMIE	NTOS DE MEDICINA	TRANSFUSIONAL Y BA	NCO DE SANGRE		500,300.00
13	SERVICIOS E	E APOYO EN LA ATE	ENCION DE SALUD			650,400.00 కో
14	MATERIALES	E INSUMOS				155,952.00 🗟
15	MEDICAMEN <sup>®</sup>	TOS POS				32,865.00 🕏
19	LABORATOR	IO CLINICO				306,600.00 ह
Acces Franciscoph		III. OEUGI OGIA			Subtotal Area >>>	Valor Total  47,200.00 235,570.00 500,300.00 155,952.00 32,865.00 306,600.00 1,928,887.00 126,221.00 198,000.00 761,100.00 55,566.00
Area Funcional:	08	IMAGENOLOGIA				
14	MATERIALES	E INSUMOS -				146,754.00
15	MEDICAMEN.	TOS POS				126,221.00
		-			Subtotal Area >>>	స్ట్ర 272,975.00 ోజ
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION	PISO 2 T1			
03	CONSULTA M	MONITORIZACION Y P	ROCEDIMIENTOS DIAC	SNOSTICOS		198,000.00
13	SERVICIOS D	E APOYO EN LA ATE	ENCION DE SALUD			761,100.00
14	MATERIALES	E INSUMOS				55,566.00
15	MEDICAMEN <sup>*</sup>	TOS POS				24 467 00 8
19	LABORATOR	O CLINICO				50,500.00
26	RESONANCIA					50,500.00 g 6,653,700.00 g
Area Funcional:	16	CIRUGIA			Subtotal Area >>>	7,743,033.00
15	MEDICAMENT					236,880.00 \$6 
					Subtotal Area >>>	236,880.00
			1	ALOD CEDMON	06.	10 191 775 00

VALOR SERVICIOS:	10,181,775.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	10,181,775.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344

Cód. Habilitación: 230010094901

Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACIÓN PISO 2 T1

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF144147

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:29.NOV.2021 15:20 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:29.NOV.2021 15:24 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 29.DIC.2021 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde:30.OCT.2021 Hasta: 6.NOV.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: LICONA GARCIA ANTONELA No. Admisión: 0100586614 No. Doc.: 1037487733 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3126734140 Dirección: VEREDA CHANGAS - NECOCLI No. Poliza: No. Autorización: 2127 Médico: VICTOR JULIO YEPES AMARIS Valor Total Código Descripción TOTAL DIEZ MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* 10,181,775.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. profis persona está autorizada para firmar y Afiliado: Vendedor: **Firma** Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021 Migencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000, Proviedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:327bb944a67752c050dca33afb95a8783d5d1c3984ecde9dc2925360<u>c9f9b351dd2d2f101eb7f46df</u>f

Clintos



rma del Paciente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3934745

Fecha: 07/11/2021

Hora: 16:26:54

TIDAD DEGRAMANA							
TIDAD RESPONSABLE DEL PAGO . ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03						
DRMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT [7] 901418364							
nbre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  C C Número							
digo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES							
efono 3137764435 Departamento CORDOBA							
eo: utsumeicot.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD							
DATOS DEL PAGIENTE							
CONA GARCIA	ANTONELA						
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre						
o Documento de Identificación	1037487733						
Registro Civili Pasaporte Cédul	a de Extranjeria No Documento de Identificación Edad						
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación							
Cédula de Cludadania Menor Sin identificación	14/08/2020 SUBS/DIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO						
ección de Residencia Habitual LAS CHANGAS							
partamento ANTIOQUIA	Teléfono 3126734140  Municipio NECOCI I ZODANI PROSTA						
éfono Celular Correo Electrónico	Municipio NECOCLI 480 MARCO						
	OS AUTORIZADOS						
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	OS AUTORIZADOS						
cación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa   Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION							
Urgencias Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cama						
nnejo Integral Según Guía de:							
digo CUPS Cantidad Descripción	Fenerialidad						
001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)							
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-11-07 Hora: 16:26							
PAGOS COMPARTIDOS							
entaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %							
nanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	_ <del></del>						
audo del prestador Concepto Vator en pe							
Cuota Moderadora	Porcentaje (%) Vator Máximo (Tope) en pesos						
	0.00 \$ 0.00 \$						
Cuota de Recuperación							
Olto							
nbre de quien autoriza	A PERSONA QUE AUTORIZA						
RENA MUELAS PECHENE	Teléfono						
go o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Tollifone Octuber						
M 07/11/2021	Teléfono Celular:						

Esta ordén de servicto es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Oncomedica S.A. 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# LABORATORIO CLINICO

#### Factura Electronica de Venta ONCF144204

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Médico: 0

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación:29.NOV.2021 Fecha Validación:29.NOV.2021 16:06

Fecha Vencimiento: 29.DIC.2021

Cubre Desde:26.NOV.2021

Hasta:26,NOV.2021

No. Admisión: 0100593831

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: CASILLA VEGA EMIRO

No. Doc.: 70525282

Tipo Doc.: CC Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA Teléfono: 3143762251

No. Poliza:

No. Autorización: 2209

Código Area Funcional: Descripción 05

LABORATORIO CLÍNICO

LABORATORIO CLINICO

73,100.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 73,100.00 73,100.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 73,100.00 VALOR TOTAL FACTURA:

TOTAL

SETENTA Y TRES MIL CIEN PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\*

73,100.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

05

Firma

Vendedo

OMEDICA

Firma

Se hace conster que la firma distinta al Nette

ស្រៅ ស់រាំងពីចំព្រំde dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contr cancia. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL

FECHA:

COPIA 3

RECIBE

ma

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:143757068cd5e6183775851fcdd72bd06dd05cc7acff9fe2a



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 26/11/2021 10:51:54

Usuario: CC 70525282 CASILLA VEGA EMIRO

Orden de Servicios No.

2209

Dir y Tel .: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

9/11/1969 Edad: 52 años, 0 meses y 17 días

524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Direco	ión y Teléfono: CRA & # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344	
	(POTE   PAGE)	ા ઉન્નાહિલ્લ Wilhing Subjection
02 P	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS	ì
903841	GLUCOSA EN SUERO - LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PIT)	1
•		

Total Servicios:

Quien Autoriza

Firma Realizó

Emiro Casilla

Firma Paciente

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HEMODINAMIA

No somos autorrefenedores. No estamos Exentos de refención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF145112

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

- · · · · C	ód. Habilitación:	230010094901	<u>F</u>	<mark>actura Elec</mark>	tr <u>onica de</u>	Venta ONCF1451	12
ldentificación; NI] Dirección; Cf. Teléfono:	F 901418364- 42 10 A 36 BRI	RAI, SUMEICOL IPS 1 R LOS LAURELES - M 2020@gmail.com	ONTERIA - C	ORDOBA		Fecha Validació Fecha Vencimient	in:30.NOV.2021 18:07 in:30.NOV.2021 18:07 lo: 30.DIC.2021 is:17.SEP.2021
No. Contrato: Código ERP:	amoroon.araayiar		ipo Contrato:I	Evento	Olro		ia: 17.SEP.2021
Paciente: DOMIC No. Doc.: 323554 Dirección: VERED	95 A CHIGORODO	DEIVIA Tipo Doc.: CC DSITO - CHIGORODO URGOS DURANGO		Teléfono:	312 239 2288		Islón: 0100574413
Código	Descripción			<del></del>		110.7 (40)1200011. 2024	Vaior Total
Area Funcional:	14	HEMODINAMIA					
01 13 14 15	CIRUGIAS GE SERVICIOS E MATERIALES MEDICAMEN	DE APOYO EN LA ATE E INSUMOS	ENCION DE S	SALUD			1,321,242.00 { 178,900.00 { 1,933,074.00 { 407,840.00 { 3,841,056.00 {
						Subtotal Area >>>	
			. [	VALO	R SERVICIOS	S:	3,841,056.00
				VAŁ.	OR COPAGOS	 S:	3,841,056.00 5 0.00 5 0.00 8
			V	ALOR PAGO	COMPARTIDO	D:	0.00 (8
				VALOR	DESCUENTO	D:	0.00
				VALOR TO	AL FACTURA	<b>A</b> :	3,841,056.00 g
TOTAL TRES MILLONES O	CHOCIENTOS	CUARENTA Y UN MIL	CINCUENTA	Y SEIS PESOS	CON CERO CE	TAVOS **** ****	3,841 <b>,0</b> 56.00
l a presente factura elec servicios a entera satisfi	trònica de venta c acción.	le compraventa se asimila	en sus efectos	a una letra de cambi	o (articulo 5 Ley 123	31 de 2008) El conhatante dacia	ra haber recibido fos
Afiliado:		Vendedor TMAV ONCC	MEDICA	F	ACTURATE 901	practor superput the of the persona esta put 1684 Michael de prescancia de 418364-1 - 01 - 22	84228
Firma		ME:833 00	<b>//</b> .194-8		FECHA: ZL	orthalf L	
utorización Numerac onsecutivo ONCF1 a 2d21092-144e-4b66-	I ONCF200000	. Proveedor tecnológico	l* 187630023 o: The Factory	37408 del 04/12/2 y HKA Colombia I	RECIBE:	21.Vigencia 24 mases, Prefijo 6 Software: TFHKA_CO9003	o ONCF del 35 90126 SoftwareID: 22
Forma de F	Pago:Credito	Medio de P	'ago: Transfer	rencia Electrónica		Plazo: 30 Dlas	35ab342
							ONCF del 90126 SoftwareID: 92450452505050505050505050505050505050505



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3853559

Fecha: 15/09/2021

Hora: 18:52:19

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	A DEL CAUCA CODIGO EPSIO3					
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364					
Código 9014163641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36						
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 0011					
Correo: utsumeicol aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATE	DS DEL PACIENTE					
DOMICO DOMICO	OLIVIA					
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre					
Tipo Documento de Identificación	32355495					
	ula de Extranjeria No Decumento de Identificación Edad					
☐ Tarjeta de (dentidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐ Gédula de Ciudadania ☐ Menor Sin Identificación	02/08/1975 SUBSIDIO TOTAL					
Cédula de Cludadanta Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO					
Dirección de Residencia Habitual CHIGORODO	Teléfono					
Departamento ANTIOQUIA	05世紀初 Municipio CHIGORODO 772年前部組					
Teléfono Celular Correo Electrónico						
1 SERVICE	CIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización						
Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO	N Cama 10					
☐ Urgencias						
Manojo Integral Según Guía de:						
Codigo CUPS Cantidad   Descrinción	Camarialidad					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA	Especialidad					
878120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Especial dad  Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la e	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS ntidad responsable del pago % 100					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS nilidad responsable del pago % 100  Reciamo de liquele, bono o vale de pago					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS  nilidad responsable del pago % 100  D Reciamo de liquele, bono o vale de pago pasos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pasos					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e  Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del presiador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Copago	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52 S COMPARTIDOS nilidad responsable del pago % 100  Reciamo de liquele, bono o vale de pago					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e  Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  nildad responsable del pago % 100  D Reciamo de liquele, bono o vale de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e  Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en l  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación Otro	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  nilidad responsable del pago % 100  D Reciamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e  Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en l  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación Otro	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la el Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación Otro	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  nilidad responsable del pago % 100  D Reciamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación Otro  INFORMACION DE	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					
876120 1 ARTERIOGRAFIA CORONARIA  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGO  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la e Semenas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE  Nombre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ CERON  Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Fecha: 2021-09-15 Hora: 18:52  S COMPARTIDOS  Intidad responsable del pago % 100  Rectamo de liquete, bono o vate de pago pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$ LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono					

Esta ordén de servicio es única e intransferible

' Solo valida en la IPS autorizada

8UJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina la 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 15/09/2021

17:11:10

2324

Usuailo: CC 32355495 DOMICO DOMICO OLIVIA

Dir y Yei : CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Presiador del Servicio Dirección y Telétono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAY

Teléfono: 7854344

alas de la militaria PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

874120

ARTERIOGRAFIA CORONARIA NOOC.

**Yolal Servicios:** 

Orden de Servicios No.

2/08/1975 Edad: 46 años, 3 meses y 28 días

Nit 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996:

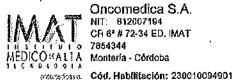
ROGER EDUARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza

MONICA FAJANDO

firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CFI 6º # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF145114

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación:30.NOV.2021 18:08 Fecha Validación:30.NOV.2021 18:10

Fecha Vencimiento: 30.DIC.2021

Cubre Desde: 27.OCT. 2021 Hasta:27.NOV.2021

No. Admisión: 0100585472

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: Tl

Teléfono: 3117047996

Código	JAVIER MOLINA Descripción	T MOIVIELO		No. Autorización: 395	Valor Tota
Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA	LOVE .		
14	MATERIALES	E INSUMOS			33,418.00
15	MEDICAMENT	TOS POS			3,935,382.00
		-		Subtotal Area >>>	3,968,800.00
rea Funcional:	07	URGENCIAS			
02	IMAGENOLOG	BIA Y RADIOLOGIA		-	47,200.00
03	CONSULTA M	ONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		39,600.00
13	SERVICIOS D	E APOYO EN LA ATEI	NCION DE SALUD		379,700.00
14	MATERIALES	E INSUMOS			10,665.00
15	MEDICAMENT	OS POS			8,930.00
19	LABORATORI	O CLINICO			268,400.00
•				Subtotal Area >>>	754,495.00
trea Funcional:	73	HOSPITALIZACION P	ISO 4 T2		
03	CONSULTA M	ONITORIZACION Y PR	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		2,350,000.00
07	DESEMPEÑO	FUNCIONAL Y REHAE	BILITACION		76,000.00
13	SERVICIOS D	E APOYO EN LA ATEI	NCION DE SALUD		6,295,900.00
. 14	MATERIALES	E INSUMOS		•	1,823,669.00
15	MEDICAMEN'	OS POS			3,245,630.00
19	LABORATORI	O CLINICO			1,293,696.00
99	QUIMIOTERA	PIA			374,800.00
				Subtotal Area >>>	15,459,695.00
		:	VALOR SERVICI	OS:	20,182,990.00
			VALOR COPAG	OS:	0.00
			VALOR PAGO COMPARTI	DO:	0.00
			VALOR DESCUEN	TO:	0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

20,182,990.00

Afiliado:

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CFi 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

#### Factura Electronica de Venta ONCF145114

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Valor Total

cha persona està autorizada para firmar v

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación:30.NOV,2021 18:08 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación:30.NOV.2021 18:10 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 30.DIC.2021 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 27.QCT. 2021 Hasla:27.NOV.2021 No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Otro Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100585472 No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3117047996 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIQUIA No. Poliza: Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES No. Autorización: 3957764 Descripción Código TOTAL VEINTE MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* 20.182,990.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Et contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

ontomesico s.a. Firma irma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del

consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID:

Se hace constar quesal

recibir, confesar la deuda

Forma de Pago: Credito

82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

# 

Firma del Raciente

#### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION POP

3957764

Fecha: 22/11/2021

Hora: 12:11:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT 🔀 901418364
Norabre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C ☐ Núme/o
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 B	ARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137784435 Departemento CORDOBA	23 Município MONTERIA 001
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATO	S DEL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1040499859
	ta de Extranjería No Documento de Identificación Edad
☑ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Cludadania Menor Sin (dentificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA	Teléfono
Departamento ANTIOQUIA	Municiplo EL BAGRE 250
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICI	OS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa  Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cama (10)
Urgenclas	
Manejo Integral Según Guía de:	Especialidad
Código CUPS Cantidad Descripción  10A002 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-11-22 Hora: 12:11
	COMPARTIDOS
Porcantaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent	idad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reciamo de liquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en pe	
Cuota Moderadora	
	0.00\$
Cuota de Recuperación Olro	
	A PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERÓN	<b>\</b>
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celuiar:
FOM 21/11/2021	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
•	İ
	<u> </u>
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
·	de servicio es única e intransferible

Solo valida en la iPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



Firma del Paciente

#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3931095

Fecha: 04/11/2021

Hora: 16:58:15

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO EPSIO3
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 361	BARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.alcepsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATO	OS DEL PACIENTE
ROMERO SERPA	KAREN LICETH
1er Apellido 2do Apellido	fer Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de identificación	1040499859
Registro Civil Pasaporte Cédu	ila de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
☑ Tarjeta de identidad ☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadania Menor Sin Identificación	Facha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilual LA SARDINA	Teléfono
Departamento ANTIQQUIA	05 (1997) Municipio EL BAGRE 250 (1997)
Teléfono Celuiar Correo Electrónico	
SERVIC	IOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulia Externa  Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO	ν · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Urgencias	
Manejo Integral Según Gula de:	
Gódigo CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
903426 1 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-11-04 Hora: 16:56
PAGOS	COMPARTIDOS
Porcenteje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la en	tidad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de líquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en p	
Cuota Moderadora	
☑ Copage	0.00 \$
Cuota de Recuperación	
Oiro INFORMACION DE L	A PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	Tooletto .
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular;
FOM 02/11/2021	
1 ON ON 1 12021	
,	<u> </u>
Ęsia orden	de servicio es única o intransferiblo

Esta orden de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paulnaia 1 de 1.



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 R 69 # 72-34 ED. IMAT 7854344

Montería - Córdoba Cód. Habilitación: 230010094901

#### **HOSPITALIZACION PISO 2 T1**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autometenedores. No estamos Exentos de retención en la fuenta

#### Factura Electronica de Venta ONCF145531

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 1.DIC.2021 17:01 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 1.DIG.2021 17:02 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 31.DIC.2021 Teléfono: Cubre Desde;12.NOV.2021 E-Mail: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.com Hasla:13.NOV.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100592284 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teláfono: 3205342149 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Autorización: 50865386 Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ Valor Total Código Descripción UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 Area Funcional: 400,000.00 LABORATORIO CLINICO NO PBS Subtotal Area >>> 400,000.00 UCI : EDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2 Area Funcional: LABORATORIO CLINICO NO PBS 600,000.00 Subtotal Area >>> 600,000,00 1,000,000.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 0.00 VALOR DESCUENTO: 1,000,000.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CUFE:90630725a1a0b8d2acc39221121d7c14f35dfe87 1,000,000.00 \*\*\*\* FFF TEN TEN TOTAL TOTAL FERS MAN \*\*\*\* La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido ios servicios a entera satisfacción. que dicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar oue la firm Vendedor: Afiliado: Firms ma Firma Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF1 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Plazo: 30 Días

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

#### Trazabilidad de la Prescripción

Nro. Prescripción 20211110198031371092

	1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
シロルボハウ	<b>DELISON</b>	CONTRACTOR	)R#\/
		COLADI	LIPK (ERL UT LE PLASS
Manager Expension and a few	4		**************************************

Nombre Prestador de Servicios en Salud: ONCOMEDICA S.A.

Documento de Identificación: 812007194

Código de Habilitación:

230010094901

Dirección: KRA 6 # 72-34 Teléfono: 7854344

Departamento: CORDOBA

Municipio: MONTERIA

#### DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JUMI SAPIA WILLER

Documento de Identificación:

RC 1039654124

Ambito Atención: Hospitalario - internación

Diagnóstico Principal:

C910-Leucemia linfoblastica aguda [LLA]

Numero Historia Clínica:

1039654124

Usuario Régimen:

Registro Profesional:

#### PROFESIONAL TRATANTE MA

JAIME ALFONSO POLO MARTINEZ

Documento de Identificación:

CC 12647767

12647767

## DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

Tecnología o Servicio Prescrito:

905504-METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Tipo de Tecnología: Procedimiento

Cantidad Prescrita:

No. Prescripción:

20211110198031371092

Fecha de Prescripción:

2021-11-10

Asegurador Prescripción inicial:

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

#### INFORMACIÓN REPORTES

#### ¦Entrega Hospitalaria

No Enfrega: 1

ld: 67294095

ld. Entrega: 50865386

Tecnologia Enfregada: 905504

Entrega Total: St

tidad Entregada: 5

ceh de Enfrega: 2021-11-12

Dispensado por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

### Reporte Entrega

ld: 67294095

ld Reporte Entrega: 48898554 Valor Entrega: \$ 1000000

Enfrega Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

#### Reporte Factura

ld: 32702252

ld Facturación: 35115744

Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

No. Factura: 90630725a1a0b8d2acc39221121d7c14f35dfe876c61094232987165cb83022d748abcae5f263533e02155c4199f9e84

Valor Facturado: 1000000 Cuota Moderadora: D

Copago: 0

Factura Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme



Oncomedica S.A. CR 61 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF145537

excenses. Cod. Habilitación:	230010094901	<u>Factura Electronica d</u>	<u>e Venta ONCF145</u>	537] 音流線線線
Nombre Cliente: UNION TEMPOF Identificación: NIT 901418264- Dírección: CL 42 10 A 39 BR Teléfono:	1 R LOS LAURELES - MONTE	RIA - CORDOBA	Fecha Valida Fecha Vencimia	ción: 1.DIC:2021 17:06 ción: 1.DIC:2021 17:10 ento: 31.DIC:2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi				sde:16.NOV.2021 asta:17.NOV.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Co	ontrato:Evento Otro	Responsable:UNION TEM	
Paciente: JUMI SAPIA WILLE	R			lmisión: 010 <b>05922</b> 89
No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIC Médico: JUDY ALEXANDRA Re	Tipo Doc.: Ti (UITADOLLANA - MURINDO DJAS RUIZ	Teléfono: 3205342149	No. Poliza: No. Autorización:	
Código Descripción				Valor Total
Area Funcional: 02	QUIMIOTERAPIA			Valor Total
16 MEDICAMEN	TOS NO POS			5,633,555.00
(			Subtotal Area >>>	5,633,555.00
		VALOR SERVIC	OS:	5,633,555.00
		VALOR COPAG	OS:	0.00
		VALOR PAGO COMPARTI	OO:	0.00
		VALOR DESCUEN	TO:	0.00
	\ <u>.</u>	VALOR TOTAL FACTU	RA:	5,633,555.00
TOTAL CINCO MILLONES SEISCIENTOS CENTAVOS **** **** **** **** ****	TREINTA Y TRES MIL QUI	NIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESO	OS CON CERO	5,633,555.00
La presente fectura electrónica de venta servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimila en su	s efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley	1231 de 2008). El contratante de	
Afillado:	Vendedor.  Mond. 17	Se hace constar que la firma distinta al recibir, confesar la deuda y obligar pro-	echanolista altorità persona attella politica di conforma la persona echanolista di conforma la persona	esté autorizada para firmar y a Acepto esta factura.
/ Firma	Firma	F	ECIBE:	ectara haber recibido los  OL  Esté autorizada para firmar y  Acepto esta factura.  Pefijo ONCF del  00390126 SoftwareID:
Aucuzación Numeración de Factura ionsecutivo ONCF1 al ONCF20000 i2d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f66 Forma de Pago: Credito	0, Proveedor tecnológico: The 61767	763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/ e Factory HKA Colombia NIT: 90039012 Transferencia Electrónica	2021.Vigencia 24 meses, Pi 26-6 Software: TFHKA_CO9i Plazo: 30 Días	efijo ONCF del 00390126 SoftwareID;

09

# 2021-10-19 14:53 Trazabilidad del Direccionamiento

					-	0011000	1010070000
DATOS DEL PRESTADOR					[2	v2110081	194030730826
Nombre Prestador de Servicios en	Saludi		ery (X)	  -			
ONCOMEDICA S.A.	Saluu:	! :		Documento de Identi 812007194	ficación;		,
DATIOSIDELIPACIENTE 444							
Tipo de documento y documento d	a paciente:	2. 《四四 <i>代》</i> (汉皇是	e.19273		en promiser		
RC-1039654124							
DIRECCIONAMIENTO							
Codigo de Tecnologia a Entregar: 20105447-01			sacinon	ta: 64088118		ld Dir 60940	eccionamiento: 0846
Número de Orden:	Número de Entrega	<u> </u>		Número de Subentre	ga:	Tipo	Tecnología:
1	1	;		0			licamento
segurador:		· ·				_L	
EPSI03 - 817001773 - EPSI03 - ASC	OCIACION INDIGENA	DEL CAU	ICA - AIC	;			
Estado:	Fècha Anulación:	:		Fecha Maxima de En	trega:	Canti	dad Prescrita:
Procesado				2021-10-26		1	
PROGRAMACIONA 33 31 37					V. V. S. A.		
D:	ld Programación:	e ensurement	7.62-25/45/45/	Fecha Programación	<u> </u>	Canti	dad Programada:
84088118	57292264			2 <b>02</b> 1-10-26		1	-
Código Proveedor: PROV001114				Código de Tecnolog 20105447-01	(a:	<u> </u>	
Descripción: PEGASPARGASA   PEGASPARGAS/	V11017501 LCOLUG	3011110VP	OT101 F	<u></u>	· <del>-</del>		· · ·
Larar Alta Agy	21 O1 L100 L L 20E00	1014 IIN \$ E	∪ IA8LE				
ENTREGA				The Control			
AND DESCRIPTION OF MANY PROPERTY AND ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE PROPERT	ld Entrega:	aren arekoa		E, Total:	F. Entrega:		C. Entregada:
34088118	50968994			SI	2021-11-16		1
lipo Id Recibe:	Número Id Recibe:			N. Lote:		<u> </u>	, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
oc	1039653876						
REPORTE ENTREGATE		100	Negri N				
D;	ld Reporte Entrega	71122200		E. Total:		Valor	Entregado:
34088118	48898989			SI		5633	-
REPORTE FACTURAL							
D:	id Reporte Factura			Unidades de Dispens	ación:		
2702846	35116410			1	<del>-</del>		
ksegurador:	l			<u></u>			
EPSI03-817001773-ASOCIACION IND	IGENA DEL CAUCA	AIC					
lumero de Factura: 3dfel94176711badd915b7662e01245	<b>7</b> 6657d9f290309891 <sub>/</sub>	173f14096	f49882a	dba97 <b>3467</b> (891bceab26	b20c75caa8		
	Valor Unitario:	<del></del>	Valor T	<u> </u>		1	I i
	5633555	i	563355		Cuota Modera 0	adora:	Copago:

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 NO somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

## HEMODINAMIA

Cód. Habilitación: 230010094901

#### Factura Electronica de Venta ONCF145570

·	·		<del></del>						LATER AND D
ldentificación; NI Dirección: CL Teléfono;	T 901418364-1	LOS LAURELES - I		OBA			Fecha Generación: Fecha Validación: Fecha Vencimiento:	1.DIC.2021 31.DIC.2021	18:08
No. Contrato:		ozo@gmaii.com	77 0			i	Cubre Desde: Hasta:	1.DIC.2021	
Código ERP:			Tipo Contrato:Eveni	to	Olro	Responsat	le:UNION TEMPORA		
Paciente: SUAR	EZ PEREZ YOI	LANDA			,		No. Admisi		
No. Doc.: 215880 Dirección: B/, EŁ ( Médico: CARLO	CARMEN - CACE	Tipo Doc.: CC ERES JRGOS DURANGO		Telėfono:	302 441 6636		No. Poliza; torización: 2331		
Código	Descripción					7001710	tonzadiore 250)	Valor	Total
Area Funcional:	14	HEMODINAMIA							<u> </u>
01	CIRUGIAS GEI	NERALES						4.044.00	
13		E APOYO EN LA AT	TENCION DE SALU	D				1,914,624	4.00
14	MATERIALES			-				178,906 1,192,858	0,00 { 8.00 }
15	MEDICAMENT	OS POS						316,05	യ.ഗധ ഉ ജവവ വ
								310,000	3.00
						Subtotal A	rea >>>	3,602,440	4.00 0.00 8.00 8.00 0.00 0.00
				VALO	R SERVICIO	DS:		3,602,440	0.00
				VALO	OR COPAGO	DS:		<del></del>	0.00
			VALO	R PAGO (	COMPARTID	00:			0.00
				VALOR	DESCUENT	TO:		. (	0.00
			VA	ALOR TOT	AL FACTUR	RA:		3,602,440	0.00
TOTAL TRES MILLONES S	EISCIENTOS DO	S MH CHATROCK	MTOS CLIAGENTA	DEPAR CA	N OCDO OFNI	****			
**** **** **** ***	*** **** 2234 2222	1482 2444 **** ***	**** **** **** **** *	***	N CERO CENT.	AVUS		3,602,440	00.0
La presente factura elec servicios a entera satisf	cirónica de venta da acción.	compraventa se asimil	a en sus efectos a una	letra de cambi	o (arlículo 5 Ley 1	231 de 2008).	El contratante declara h	aber recibido l	8
Afiliado:		Vendedor: MAT ON COME NIT 812007.19	Se ha recibi	ice constar que l r, confesar la de	FECHA: 21	-01	All (20) bersona está aut Vitornio la filercancia, Acep - 2 2	orizada para firm Ilo esta factura.	0.00   0.
Firma		Firma	¥ ]		RECIBE:	-\-			
Autorización Numerad consecutivo ONCF1 a 12d21092-144e-4b66	31 ONCF200000.	Proveedor tecnológia	N° 1876300233740 co: The Factory HKA	8 del 04/12/2 \ Colombia \	2019 al 04/12/20 VIT: 900390126	021.Vigencia -6 Software:	24 meses, Prefijo O TFHKA_CO9003901	NCF del 26 Software	CUFE:b81a87fd33340dea
Forma de l	Pago:Credito	Medio de	Pago: Transferencia	Electrónica		Р	lazo: 30 Días		87fd
			,						8 9
									i H
									ä



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3973562

Fecha: 30/11/2021

Hora: 20:42:33

	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA D	EL CALICA	CODIG	SO EPSI03	<del></del>	
	INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					=
	Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		NIT	L		Ţ
	Código 9014183841 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	BBIO LOS LA		Número		
				<del></del>		
	Correo: utsumaicol.alcepsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	234 (0.14)		NTERIA	00.033334	
			PERACION DE LA SALUC	MEDIANA Y A	LTA COMPLEJIDAO	
	SUAREZ PEREZ	DEL PACIENT	(E		· ··· · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	1er Apellido 2do Apellido	YOLANDA	1er Nombre	<del></del>	<del></del>	
	Tipo Documento de Identificación			, 200	o Nombre	
	Registro Civil Pesaporte Cédula	de Extranleria	21588050 No Documento de Ident		Edad	
	Adulto Sin Identificación					
	Cédula de Ciudadania Menor Sin Identificación		11/12/1961 Fecha de Nacimiento		BSIDIO TOTAL DALIDAD SUBSIDIO	
	Direction de Residencia Habilual CACERES	<del> </del>	) cella da lagelilitatilà			<u>'</u>
C	Departamento ANTIOQUIA	059000000	Municipio CACERES	i eje	fono (20)	<b>2</b> /1
	Teléfono Cetular . Correc Electrônico	UDI Contos Seg.	Municipio CACERES		120 455 (1932)	3
	SERVICIO	S AUTORIZAC	oos	<del></del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	Ubicación del paciente al momento de la splicitud de la autorización	•		<del>-,</del>		<del>- ,</del>
	Consulta Externa M Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION		<del></del>	Cam	na	_
	Urgeńci <b>a</b> s	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				_
	Manejo Integral Según Gula de: Código CUPS Cantidad Descripción		,	<del></del>		
	Código CUPS Cantidad Descripción 874133 1. ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELEC	TIVA CON CARC	TIDAS (PANANGIOGRAFIA	Especialida	ad	
			<del></del>	·		
	NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	OMPARTIDO	Fecha: 2021-11-30	Hora: 20	):42	<b>-</b>
	Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entid		·	100		_
	A PART OF THE PART	)		<del>• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·</del>		
	Recaudo del presiador Concepto Valor en per		Reclamo de tiquete, bor Porcentaje (%)		jo <u> </u>	
	Cuota Moderedora				Tobel en heans	
	ALL ALLES DE	0.00 \$	0.00 \$			
ı	Cuota de Recuperación Otro	—		<u> </u>		
ا. ,	INFORMACION DE LA	PERSONA Q	UE AUTORIZA	<u> </u>		_
4	Nombre de quien autoriza	Teléfono		<del></del>	<del></del>	<u> </u>
•	LORENA MUELAS PECHENE	-		· · · · ·		
ļ	Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Cele	ular:			
	FOM 30/11/2021					╗
					•	
	•					
						Ì
						İ
						ŀ
. <b>.</b> !		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			· .	ڶؚ
			ica e intransferible			
	Elemandal Daalante	lida en la IPS au SPIA MEDICA ««	torizada VAI INSZ en Olagoo		Paginasa 1 de 1	ı

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1.de.1



#### CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

29/11/2021. 9:01:58

Usuario: CC 21588050 SUAREZ PEREZ YOLANDA

Orden de Servicios No.

2331

Diry Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

11/12/1961 Edad : 59 años, 11 meses y 21 días

Canlidad VrUnilailo Sub Total

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

Descripcion

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

874133

ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS

(PANANGIOGRAFIA) +

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Pactente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

**IMAGENOLOGIA** No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Responsable:

Valor Total

#### Factura Electronica de Venta ONCF149164

Cód. Habilitación: 230010094901

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 11.DIC.2021 11:14

Fecha Validación: 11.DIC.2021 11:14 Fecha Vencimiento: 10.ENE.2022

Cubre Desde: 4.NOV.2021

Hasta: 4.NOV.2021

Paciente: CEDEÑO GARCIA CRISTOBALINA

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 7854344

No. Admisión: 0100587757

No. Doc.: 42651032

08

Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA

No. Poliza:

Médico: 0 Código

Descripción

No. Autorización: 3512046

Area Funcional:

**IMAGENOLOGIA** 

RESONANCIA

1,692,300.00

Subtotal Area >>> 1,692,300.00 VALOR SERVICIOS: 1,692,300.00 VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00VALOR DESCUENTO: 0.00VALOR TOTAL FACTURA: 1,692,300.00

TOTAL

UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* 

CUFE:4b5b56b8911818211ec3517dbcb945e1b057bda72f1b699c3500c3 1,692,300.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido fos servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor

Firma

Se hace constar que la firma distinte al que dicha persona está autorizada para firmar y

ilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 at 03/12/2023.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3512046

Fecha: 06/09/2021

Hora: 11:05:39

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGEN	A DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C ☐ Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36	BARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DAT	OS DEL PACIENTE
CEDEÑO GARCIA	CRISTOBALINA
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	42651032
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Céd	tula de Extranjería No Documento de Identificación Edad
Tarjela de identidad Adulto Sin Identificación	16/11/1954 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Di codón de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA	Teléfono
Departamento ANTIQUIA	05: Municipio SAN JUAN DE URABA 659.
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVI	CIOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa   Hospitalización Servicio	Cama
☐ Urgencias	Cana
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 141	Fecha: 2021-07-01 Hora: 11:05
* PAG	OS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la	entidad responsable del pago % 90
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en	
Cuota Moderadora	
☑ Copago	0.00 € 10.00 €
Cuota de Recuperación	
` Ctro INFORMACION DE	E LA PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza	Teléfono
EIDA ANDRADE	
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:
FOM 01/07/2021	
3139364485	Jeumatolosia 16/10/21 Hora:
D12/304/130	Chenura nonzia violvolsi 4018;
Esta ord	ón de servicio es única e intransferible

Esta ordán de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3512046

Fecha: 06/09/2021

Hora: 11:05:39

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CALICA CODICO FORMS
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	
Nombre LINION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NJT ☑ 901418364
	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36	
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATO	DS DEL PACIENTE
CEDENG GARCIA	CRISTOBALINA
1er Apellido 2do Apellido Tipo Documento de Identificación	1er Nombre 2do Nombre
m native ota	42651032
Pasaporte Céd Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	ula de Extranjería No Documento de Identificación Edad
Cédula de Citudadania Menor Sin Identificación	16/11/1954 SUBSIDIO TOTAL
Lurección de Residencia Rabitual SAN JUAN DE URABA	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Departamento ANTIQUIA	Telétono  O5 Municipio SAN ILIAN DE LIRABA 859
Teléfono Celular Correo Electrónico	105 Municipio SAN JUAN DE URABA 659
	IOS AUTORIZADOS
	IOG AUTORIZADOS
Ublicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización Consulta Externa Hospitalización Servicio	
JTI Urgencias	Cama
Muscio Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Descripción	Consolation
883101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	Especialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 141	Fecha: 2021-07-01 Hora: 11:05
PAGO	S COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la el	ntidad responsable del pago % 90
Semanas de afiliación del paciente a la sollcitud de la autorización	0 Reclamo de liquete, bono o vale de pago
Recaude del prestador Concepto Valor en p	pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Cuola Moderadora	0.00 € 10.00 €
Cuota de Recuperación	10.00 e
Otro	
Nombre de quien autoriza	LA PERSONA QUE AUTORIZA
EIDA ANDRADE	Teléfono
Cargo o actividad;	Teléfono Celular:
FON 01/07/2021	
	, , ,
3139364435	Councidore Alista Iban
3139364435	Jeumatolosia 16/10/21 Hora:

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 7854344 Monterla - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**IMAGENOLOGIA** 

#### Factura Electronica de Venta ONCF149215

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Nombre Cliente: UNION TEMPOF Identificación: NIT 901418364-Dirección: CL 42 10 A 36 BR Teléfono:	1 R LOS LAURELES • I		DBA			11.DIC.2021 11:59 11.DIC.2021 11:59 10.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi No. Contrato:		Tipo Contrato:Evento	Otro		Cubre Desde: Hasta:	4.NOV.2021 4.NOV.2021
Código ERP:		TIPO DOMINATORE FORM	, oo			Responsable:
Paciente: BERONA CALDERO No. Doc.: 1033373707 Dirección: B/ LAS AMERICAS - / Médico: 0	Tipo Doc.: CC		Teléfono: 3145399		No. Admis No. Políza: autorización: 3514216	ión: 0100587604
Código Descripción					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Valor Total
Area Funcional: 08  02 IMAGENOLO	IMAGENOLOGIA GÍA Y RADIOLOGIA					122,800.00
31 ECOGRAFIA	3					165,400.00
·				Subtotal	Area >>>	288,200.00
			VALOR SER	VICIOS:		288,200.00
			VALOR COR	PAGOS:		0.00
	•	VALO	R PAGO COMPA	RTIDO:		0.00
			VALOR DESCU	JENTO:		0.00
		VA	LOR TOTAL FAC	CTURA:		288,200.00
DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO	MIL DOSCIENTOS	PESOS CON CERO	CENTAVOS **** ***	* 104* **** *210	**** ***	288,200.00
La presente factura electrónica de venta servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimi	ila en sus efectos a una i	etra de cambio (artículo	5 Ley 1231 de 2000	3). El contratante declara	haber recibido los
Afiliado:	Vendedor:	THE AND THE PROBLEM OF THE PROBLEM O	r, confesar la deudat A (Tiga	HA: 21 - O	Jack ticha persona está a Jack ticha persona está a Jack ticha persona Acc	Valor Total  122,800.00 165,400.00 288,200.00 0.00 0.00 288,200.00 288,200.00  288,200.00 haber recibido los utorizada para firmar y apto esta factura.
Firma	Firma		REC			
Habilitación Numeración de Facturac consecutivo ONCF146567 al ONCF2 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b7	(00000. Proveedor ted	N° 18764022346823 cnológico: The Factor	del 03/12/2021 al 03 ry HKA Colombia NIT	/12/2023.Vigeno : 900390126-8 S	a 24 meses, Prefijo C oftware: TFHKA_COS	
Forma de Pago: Credito	Medio de	Pago: Transferencia	Electrónica		Płazo: 30 Días	ah 306649
						PERSONAL PROPERTY OF THE PROPE
		•	•			



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3514216 Fecha: 12/10/2021

Hora: 9:26:58

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL C	AUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183841 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO	) LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23	Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.con Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS DEL	PACIENTE
BERONA CALDERON LU	Z SOLEI
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1033373707
Registro Civil Pasaporte Cédula de E	Extranjería No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	20/08/1992 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanfa Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
rcción de Residencia Habitual ARBOLETES	Teléfono
Departamento ANTIOQUIA 05	Municipio ARBOLETES 051
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIOS AI	JTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio	Cama
Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
873204 2 RADIOGRAFIA DE HÓMBRO 873412 1 RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	
881610 2 ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-22 Hora: 9:26
PAGOS COM	
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad r	esponsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0	Reciamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos	Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pasos
Cuota Moderadora	
Copago 0.00	€ 0.00 €
Cuota de Recuperación Ciro	
INFORMACION DE LA PEI	RSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza Tel	éfono
EIDA ANDRADE	
Cargo o actividad: Te	léfono Celular:
fom 22/09/2021	
	<b>j</b>
	İ
	-

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* #72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

IMAGENOLOGIA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estemos Exentos de retención en la fr

chontesicata.	Cód. Habilitación: 23	0010094901	F	actura Ele	etronica d		ONCF149237	
Identificación: N Dirección: C Teléfono:	IIT 901418364-1	L SUMEICOL IPS  OS LAURELES - MO  20@gmail.com					Fecha Generación: Fecha Validación: Fecha Vencimiento:	11.DIC.2021 12: 11.DIC.2021 12: 10.ENE.2022
No. Contrato: Código ERP;			o Contrato:	Evento	Otro		Cubre Desde:2 Hasta:2	22.NOV.2021
·	AS RIVAS NEVER	ANDRES						Responsabl
No. Doc.: 12007	714678 DQUIA - ANTIOQUI	Tipo Dog: RC		Teléfond	o: 3103504120	No. Au	No. Admisi ło. Poliza: torización: 3516213	ión: 010059225
Código <u>trea Funcional:</u>	Descripción 08		·		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			Valor Tota
02		MAGENOLOGIA A Y RADIOLOGIA						81,845.00
						Subtotal A	rea >>>	81,845.00
				VAL	OR SERVIC	IOS:		81,845.00
			_	VA	LOR COPAG	SOS:		0.00
			V/	ALOR PAGO	COMPART	IDO:		0.00
				VÄLO	R DESCUEN	ITO:		0.00
OTAL		Į	<u></u> .	VALOR TO	TAL FACTU	JRA:		81,845.00
<del></del> -		CUARENTA Y CINC						81,845.00
nvicios a entera sati	ectronica de venta de o sfacción.	ompraventa se asimila er	sus efectos :	a una leira de car	nbio (artículo 5 Ley	/ 1231 de 2008). I	El contratante declara h	raber recibido ios
ftwareID: 82d210	na Ción de Facturación		ogico: The r	P	ACTURATO 90'	01 · 7 Firms 2023 Vigencia : 3901 26-6 Soft	que plicha persona está autorimo la mercancia. Aceptado de mescas, Prefijo Oleware: TFHKA_CO90	
			go: Transfer	encia Electróni	CA	PI	azo: 30 Días	

08



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION

MED 3516213

Fecha: 10/11/2021 Hora: 09:07:18 a.m.

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACIÓN INDIGENA D	DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C ☐ Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipia MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS DEL PACIENTE	
SALAS RIVAS	NEVER ANDRES
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1200714678
	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	07/04/2014 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
cción de Residencia Habitual EL 205	Teléfono 3106202081
Departamento ANTIOQUIA	05 Municipio TURBO 837
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa Hospitalización Servicio	Cama
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	**
Código CUPS Cantidad Descripción 870602 1 RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	Especialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-04-07 Hora: 9:07
PAGOS COMPARTIDOS	
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la enti-	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador Concepto Valor en pe	sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Cuota Moderadora ☑ Copago	\$ 0.00
Cuota de Recuperación	
Otro	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
YUDI MILENA CALLEJAS	
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO	Teléfono Celular:
FOM: 07/04/2021	
1 ONI. 01)04/2021	<u> </u>
	de sarvicio es única e intransferible

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

#### **AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO AUTORIZACION

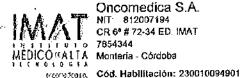
MED 3516214

Fecha: 10/11/2021

Hora: 09:21:49 a,m.

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO. ASOCIA	CION IND/CENA DEL CAUCA	CODIGO EPS	103
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT ☑ 9014	18364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		C C □ Núm	
Código 9014183641 Dirección del Prestador CA	ILLE 42 10A 36 BARRIO LOS LA	URELES	
Teléfono 3137764435 Departamento COR	DOBA 23	Municipio MONTERIA	001
Correo: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato:	524-2021 RECU	PERACION DE LA SALUD MEDIAN	VA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS DEL PACIEN	TE	
SALAS RIVAS	NEVER	ANDRES	ng tinin ngagar ng ganggaran langga lang a gang nanggaran na ini
1er Apellido 2do A	obilied	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1200714678	
Registro Civil Pasaporte	Cédula de Extranjeri	No Documento de Identificación	Edad
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identifi ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identifi		07/04/2014	SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía	cacion	Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
cción de Residencia Habitual EL 205			Teléfono 3106202081
Departamento ANTIOQUIA	05	Municipio TURBO	837
Teléfono Celular Col	rreo Electrónico		
	SERVICIOS AUTORIZA	DOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la	autorización		
Consulta Externa Hospitalización Servicio			Cama
Urgencias			
Manejo Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Descripción		Fena	clalidad
	A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO L		CIGILLAG
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-04-07 Ho	ra: 9:21
	PAGOS COMPARTID		d. 5.21
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización	a pagar por la entidad responsal	ie del pago % 100	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la au		Reclamo de tíquete, bono o vale o	de pago
Recaudo del prestador Concepto	Valor en pesos		ximo (Tope) en pesos
☐ Cuota Moderadora			
☑ Copago	\$ 0.00	\$ 0.00	· [
Cuota de Recuperación Otro			
	ORMACION DE LA PERSONA (	IUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono		
YUDI MILENA CALLEJAS			
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO	Teléfono Ce	lular:	
FOM: 07/04/2021			
1 OW. 0170472021			
Ì			
		•	
1			
	Esta ordén de servicio es (		
Finna del Paciente	Solo valida en la IPS : SUJETO AUDITORIA MEDICA		Pagina a 1 de 1

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Oncomedica S.A. 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF149770

Fecha Generación: 13.DIC.2021 17:49

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Fecha Vencimiento: 12.ENE.2022

Fecha Validación: 13.DIC.2021 17:50

Cubre Desde; 28.SEP.2021

Hasta: 12, OCT. 2021

No. Admisión: 0100577577

Paciente: PERNILLA DOMICO EDINSON

No. Doc.: 1038817708 Tipo Doc.: TI Dirección; VEREDA CHIGORODOSITO - CHIGORODO Teléfono: 3216938390

No. Poliza:

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

No. Autorización:

Subtotal Area >>>

Valor Total Código Descripción **URGENCIAS** Area Funcional: 47,200.00 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 193,940.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 487,800.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 214,173.00 MATERIALES E INSUMOS 888,309.00 **MEDICAMENTOS POS** 1,004,288.00 LABORATORIO CLINICO 19 153,000.00 **ECOGRAFIAS** Subtotal Area >>> 2,988,710.00 CIRUGIA Area Functional; 16 Valor Servicio Qx BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA <u>Cirugia</u> 413101C 4.00 Grupo 05 39003

\$55102

DE 21 HASTA 30 UVR

CIRUGIAS GENERALES

32,005.00

32,009,00

Area Funcional:

70

**HOSPITALIZACION PISO 5 T2** 

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

217,100,00

32,009.00

Area Funcional:

73

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13

MATERIALES E INSUMOS

**MEDICAMENTOS POS** 

LABORATORIO CLINICO

Subtotal Area >>> 217,100.00

> 1,953,900.00 267,251.00

955,813.00

739,200.00

1,745,660.00

5,661,824.00 Subtotal Area >>> VALOR SERVICIOS: 8,899,643.00 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO:

VALOR TOTAL FACTURA:

8,899,643,00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 62 # 72-34 ED. IMAT Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

#### Factura Electronica de Venta ONCF149770

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores No estamos Exentos de retención en la fuente

	L				,,,, , , , , , , , , ,
Nombre Citente: UNION TEMPO Identificación: NIT 901418364 Dirección: CL 42 10 A 36 BR Teléfono:		CORDOBA		Fecha Valida	ición: 13.DIC.2021 17:49 ición: 13.DIC.2021 17:50 iento:12.ENE 2022
E-Mail: utsumeicol.aiceps	si2020@gmail.com				esde: 28.SEP.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato	:Evento	Otro		lasta: 12.OCT.2021
Código ERP:				Responsable:UNION TEM	IPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: PERNILLA DOMIC	O EDINSON			No. Ac	dmisión: 0100577577
No. Doc.: 1038817708	Tipo Doc.: Ti	Yetéfono:	3216938390		
Dirección: VEREDA CHIGOROD Médico: IVAN ARTURO MERO				No, Poliza: No, Autorización;	
Código Descripción					Valor Total
TOTAL	A MALIENE MARKET AND ARIAA			222 224 2522	
CENTAVOS **** **** **** **** ***	OS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISC	**** **** **** ***	NIA Y IRES PE	SOS CON CERO	8,899,643.00
La presente factura electrónica de venti servicios a entera satisfacción.	a da compraventa se asimita en sus efecto	s a una letra de can	ibio (artículo 5 Ley	1231 de 2008). El contratante d	eclara haber recibido los
Afiliado:	Verillation V U T O  AMEDISC DI ALTA  Onternedica L. G.  Onternedica L. G.	recibir, coofesar fa	860676tiggaration N/7-7/0/	omprador supone que dicha persona tralante. Recibi conforme la mercan	
Firma	Wit. 812.007.194-8 Firma	-RE	CIBE: A	Firma	· <del></del>
labilitación Numeración de Factura onsecutivo ONCF146567 ai ONCF oftwareID: 82d21092-144e-4b66-t	ación Electrónica Dian N° 18764022 200000. Proveedor tecnológico: The 0720-6cdf9f661767	346823 del 03/12	/2021 al 08/12/18	123/Vigeriois 24 meses, Pr 1990126-Spiolityare: TFHKA	efijo ONCF del _CO900390126

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZAÇION POP

3877472

Fecha: 02/10/2021

Hora: 14:28:03

ENTIDAD RESPONSA	BLE DEL PA	AGO ASOCIA	CION INDIG	ENA D	EL CAUCA		CODIGO EPSI	03
INFORMACION DEL PI	NFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)  NIT [7] 901418364							
Nombre UNION TEMP	Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS						CC Núme	
Código 9014183641	Direccio	on del Prestador CAI	LE 42 10A	36 BAI	RRIO LOS LAU	JRELES		
Teléjono 3137764435						Municipio	MONTERIA	001
Correo: utsumetcol.afc		and the second second second second second second	24-2021	<u> </u>		All the said of the boundary over the said of the said		A Y ALTA COMPLEJIDAD
	<u> </u>			ATOS	DEL PACIENT			TOTAL COST ELUDAD
PERNILLA	,	DOMICO			EDINSON			<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
1er Apellido		2do Ap	ellido			1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento de Id	entificación	ì				1038817708	3	•
Registro Civil		Pasaporte		Sédula :	de Extranjeria	No Documento	de Identificación	Edad
	·/-	Adulto Sin Identific				23/02/2	013	SUBSIDIO TOTAL
			acion			Fecha de Nacin		MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia	Habilual (	CHIGORODOCITO						Teléfono
	IOQUIA				05/ A	ynu <sub>t</sub> cibio CH	GORODO	(72
Teletono Celular	Teléfono Celular Correo Etectrónico							
SERVICIOS AUTORIZADOS								
Ubicación del paciente a	ofnemom le	de la solicitud d <u>e la a</u> r	korización					
☑ Consulta Externa ☐ ☐ Urgencias	☑ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio ☐ Cama ☐							
Manejo Integral Según Gr	ufa da⊴		<del>_</del>				·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Código CUPS Cantida	d Descrip						· Espec	falldad
890402 1	INTERC	ONSULTA POR OTRAS	ESPECIALID	ADES N	MEDICAS			
NUMERO DE SOLIC	TUD ORIG	EN: 1			F	echa: 2021-10	-02 Hora	: 14:28
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					OMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de lo				a entida	id responsable	del pago %	100	
Semanas de alillación de			rización	0		Reclamo de tiqu	ete, bono o vele de	pago 🔲
Recaudo del prestador	Concept		Valor e	n pesc	os F	Porcentaje (%)	Valor Māxi	mo (Tope) en pesos
	∐ Cuota Me ☑ Copago	oderadora	<del></del>	0	00 \$	0.00	_  된 ·	<del></del>
		Recuperación				0,00	Ĭ	
·	Olto	luro.					<u>]</u>	
Nombre de quien autoriza		INFO	RMACION D	it LA I	PERSONA QUI Teléfono	E AUTORIZA	<del></del>	
LORENA MUELAS PECI					rejelono	<del></del>	<u></u>	<u> </u>
Cargo o actividad: AUX (		MERIA	<del></del>		Teléfono Calular			
OM 02/10/2021 ONCOMEDICA S.A. 10A004 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS								
<del></del>	· - · ·	<del></del>		44		<u>.</u>		<del></del>

Esta ordán do servicio es única e intransferiblo Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginara 1 de 1



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Soficitud:

2

Fecha

02/10/2021

Hora:

11:55

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Teléfono:

7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Entidad a la que se informa (Pagador) :

Código:

No. Admisión:

0100577577

SOLICITANTE

Nombre

Fecha de nacimiento:

23/02/2013

Tipo documento:

ŦI

EDINSON PERNILLADOMICO Número:

1038817708

Dirección:

VEREDA CHIGORODOSITO

Teléfono: 3216938390

Dpto:

(05) ANTIOQUIA

Ciudad;

(172) CHIGORODO

Zona:

R

Clase Afiliación:

Localidad:

Origen de la atención :

ENFERMEDAD GENERAL

Tipo servicio soticitado; Posterior A atención inicial de Prioridad Atención;

Ubicacion:

**HOSPITALIZACION** 

NV

<u>Código CUPS</u>

Cantidad

Descripción servicio

10A004

Cama:

3

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Justificación clínica

SE SOLICITA AUTORIZACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS DIAS 29 -30 DE SEPTIEMBRE + 01 DE OCTUBRE DE 202°

ADJUNTO SOPORTES.

Dx. Principal;

388C

TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1:

Dx, Relacionado 2:

Dx. Relacionado 3 ;

Solicita:

BESCOBARR

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDIÇAS

Teléfono:

7854344

Celular:

1



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 2/10/2021 5:51:36 p. m.

Usuario: RC 1038817708 PERNILLA DOMICO EDINSON

Orden de Servicios No.

2652

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

23/02/2013 Edad : 8 años, 9 meses y 24 días

Administradora: EP\$103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Confrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono:

CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

esservialitaris e villatatise extrames

Prugjajon?

ESTANCIAS

10A004 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Total Servictos:

1

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. fMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estarnos Exentos de retención en la fuente.

CONSULTA EXTERNA

Foother Floothering At Ma

Occasional God, Habilitacion; 230010084801	Factura Electronica de Vent	A CINCLIDGIOZI BEOGRAFIEN
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MON Teléfono:	TERIA - CORDOBA	Fecha Generación: 14.DIC.2021 14:4 Fecha Validación: 14.DIC.2021 14:4 Fecha Vencimiento: 13.ENE.2022
E-Mail: utsumefcol.aicepsi2020@gmail.com	!	Cubre Desde: 14.DIC.2021
No. Contrato: Tipo	Contrato:Evento Otro	Hasta: 14.DIC.2021
Código ERP:	<u></u>	
Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA No. Doc.: 42651839 Tipo Doc.: CC Dirección: cli 1# 4-50 - MONTERIA Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA	Teléfono: 3136855063wap No.	Consecutivo: 010208934 No. Poliza: Autorización: 2481
Código Descripción		Valor Tota
03 CONSULTA MONITORIZACION Y PRO		60,000.00
	VALOR SERVICIOS:	60,000.00
-	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
·	VALOR TOTAL FACTURA:	60,000.00
TOTAL		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS **** **** ***	*** **** **** **** **** **** **** **** ****	60,000.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en servicios a entera satisfacción.	sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 20	008). El contratante declara haber recibido los

Firma NII. 812.007.197/n% on comedica a. FECHA: Firma Firma Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 35/12/2023.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

ရာနဲ့ြမြှော်ကခ está autorizada para firmar y

CUFE:4c77c5ba04adfccafcf8f7d25c719d753a158e3c35bcfeb4f1a0a27d872a70e495c70ac52a42214a6425e8c02a

Se hace constar que la firma distinta al comprador sup racibir, confesar la deuda y obligar al contratante (Réd

Afiliado:



#### . UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 7/12/2021 15:05:20

Usuarlo: CC 42651839 MARTINEZ MORA CASIMIRA

Orden de Servicios No.

2481

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

31/08/1952 Edad : 69 años, 3 meses y 7 días

Nif 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teleifono 23996

**524 MODALIDAD EVENTO** Contrato:

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

Teléfono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

890246

CONSULTAS

Tolai Servicias:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

00.000,00

60,000,00

40,000,00

Quien Autoriza

Firma Realizó

Firma Paciente

2) Uttais MATIANA. 1980 2 1026 2

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód, Habilitación: 230010094901

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF152026

Nombre Cliente: UNION TE identificación: NIT 90141 Dirección: CL 42 10 A Teléfono:			ВА	F	icha Generación: 1 echa Validación: 1 cha Vencimiento:1	7.DIC,2021 17:26
	aicepsi2020@gmail.com				Cubre Desde:16	5.NOV.2021
No. Contrato:		Tipo Contrato:Evento	Otro		Hasta:	15.DIC.2021
Código ERP:		ipo comato.cromo		Responsable:	UNION TEMPORA	L SUMEICOL IPS
Paciente: AVILA GARCI.	A JUVENAL	<u></u>	<del></del>		No. Admisic	5n: <b>010</b> 0599968
No. Doc.: 70526346 Dirección: SAN JUAN DE I	Tipo Doc.: CC		Teléfono: 3147391454		Poliza: ización: 49625689	
Código Descrip	oción					Valor Total
Area Funcional: 72	UCI ADULTO INTE	NSIVÕ PISO 3 T2				
30 NUTRI	CIONES ENTERALES NO I	PBS				2,425,560.00
	•			Subtotal Are	a >>>	2,425,560.00
			VALOR SERVICE	IOS:		2,425,560.00
			VALOR COPAG	30S:		0.00
		VALOF	R PAGO COMPARTI	IDO:		0.00
			VALOR DESCUEN	NTO:	-	0.00
		VA	LOR TOTAL FACTU	JRA:		2,425,560.00
TOTAL						
DOS MILLONES CUATRO	ZIENTOS VEINTICINCO MII	L QUINIENTOS SESE	NTA PESOS CON CERC	O CENTAVOS *	***	2,425,560.00
La presente factura electrónica o servicios a entera satisfacción.	le venta de compraventa se asin	nila en sus efectos a una l	etra de cambio (artículo 5 Le)	y 1231 de 2008). E		naber recibido los
<u></u>		····		ON UT SUME	V	
Afiliado:		medica s a	ce constar que la firma distinte ( confesar la devor o Ration o FECHA: 23	Soulpharpascoporing of Soulpharpascoporing of 2-12-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2-		ntonzada para firmar y pho esta factura.
Firma	Firms	ــــالـــــا	BELIN	<del></del>		
Habilitación Numeración de i	Facturación Electrónica Dia	n N° 18764022346823	del 03/12/2021 al 03/12/	/2023.Vigencia 2	4 meses, Prefijo C	NCF del

consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

and the state of t

the control of the co

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

## Trazabilidad de la Prescripción

2021-11-16 Nro. Prescripción 20211116163031460524

DAT	OS.	'nΕ	i i p	DREST	<b>FADOR</b>
1//2		-	_ 1	1 1 1 1 1 1	IADUK

l		Documento de identificación: 812007194	Código de Habilitación: 230010094901	
Dirección:	Teléfono:	Dapartamento:	Municipio;	
KRA 6 # 72-34	7854344	CORDOBA	MONTERIA	

#### DATOS DEL PACIENTE

1		Ambito Atención: Hospitalario - internación
Diagnóstico Principal: E639-Deficiencia nutricional, no especificada	Numero Historia Clínica: 70526346	Usuario Régimen:

#### PROFESIONAL TRATANTE

Nombre:	Documento de Identificación:	Registro Profesional:
JOHANA DIAZ FLOREZ	CC 1040368894	NUTRICION
<u></u>		•

#### DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

	le		Tipo de Fecnologia; Nutricion	Cantidad Prescrita: 90
- 1	1	l	Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	- AIC

#### INFORMACIÓN REPORTES

ld; 58406294 ld : 68406294	Entrega Hospitalaria	Reporte Entrega
Tecnologia Entregada: 150303 Velor Entrega: \$ 2425560 Entrega Total: SI Entrega Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme	No Entrega: 1 Id: 58406294 Id: Entrega: 51794037 Tecnologia Entregada: 150303 Entrega Total: SI Cantidad Entregada: 58	id : 68406294 Id Reporte Entrega: 49625689 Valor Entrega: \$ 2425560
<del>-</del>	Fecah de Entrega: 2021-12-15 Dispensado por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme	

#### Reporte Factura

ld : 33326149

ld Facturación: 35802146

Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

No. Factura: dbc0484b65b000872325239262771b896ea00f4c219885f2bff9945f13b7920d66072aaf3e7cc8644250541dcf945a32

Valor Facturado; 2425560 Cuota Moderadora; 0

Copage: 0

Factura Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación; 230010094901

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

### Factura Electronica de Venta ONCF152138

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 18.DIC.2021 10:46 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 18.DIC.2021 10:56 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 17.ENE.2022 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde:11.NOV.2021 Hasta: 15.DIC.2021 No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Otro Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: AVILA GARCIA JUVENAL No. Admisión: 0100589787 No. Doc.: 70526346 Tipo Doc.: CC Teléfono: 3147391454 Dirección: SAN JUAN DE URABA - ANTIOQUIA No. Poliza: Médico: ROQUE RICARDO GARCIA GALVIS No. Autorización: 3944213 Código Descripción Valor Total Area Funcional: n3 RADIOTERÁPIA 21 **GASES MEDICINALES** 14.00 Subtotal Area >>> 14.00 Area Funcional: 70 **HOSPITALIZACION PISO 5 T2** CONSULTA MONITORIZACION Ý PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 139,740.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,085,500.00 **MATERIALES E INSUMOS** 14 425,914.00 **MEDICAMENTOS POS** 1,678,674.00 LABORATORIO CLINICO 1,298,875.00 21 **GASES MEDICINALES** 99,540.00 TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS 1,272,000.00 Subtotal Area >>> 6,000,243.00 · Area Functional: UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2 72 01 **CIRUGIAS GENERALES** 2,625,000,00 02 **IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA** 3,110,110.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 1,248,200.00 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE 13,460,300.00 07DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION 60,606,400.00 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 28,376,500.00 **MATERIALES E INSUMOS** 30,449,923.00 **MEDICAMENTOS POS** 15 60,163,636.00 19 LABORATORIO CLINICO 10,538,410.00 **GASES MEDICINALES** 3,664,948.00 TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS 1,001,900.00 Subtotal Area >>> 215,245,327.00 VALOR SERVICIOS: 221,245,584.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 221,245,584.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



#### Factura Electronica de Venta ONCF152138

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 18.DIC.2021 10:46 Fecha Validación: 18.DIC.2021 10:56

Fecha Vencimiento: 17,ENE,2022

Cubre Desde:11.NOV.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Hasta: 15.DIC.2021

No. Admisión: 0100589787

Paciente: AVILA GARCIA JUVENAL

No. Doc.: 70526346

Tipo Doc.: CC Dirección: SAN JUAN DE URABA - ANTIQUIA

Teléfono: 3147391454

No. Poliza:

No. Autorización: 3944213

Código TOTAL

Médico: ROQUE RICARDO GARCIA GALVIS Descripción

Valor Total

DOSCIENTOS VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 

221,245,584.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace conster que la firma distinte al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y

ČIÓN UT SUMEICOL

RECIBE

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03 023. Vigencia 24 mases, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT. 90/390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3944213

Fecha: 12/11/2021

Hora: 13:33:54

ENTIDAD BEODONOAD E DEL D						
ENTIDAD RESPONSABLE DEL P		IGENA DEL CAUCA	CODIO	O EP8103		
INFORMACION DEL PRESTADO		NIT	NIT 🗹 901418364			
Nombre UNION TEMPORAL SUM	EICOL IPS		cc	Número		
	lón del Prestador CALLE 42 10	DA 36 BARRIO LOS LAU	RELES			
Telétono 3137784435 Departeme		A THE STATE OF THE	funicipio MC	ONTERIA	001/61/2/2019	
Correo: ulsumelcol.aicepsi2020@	gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUP	ERACION DE LA SALU	D MEDIANA Y ALT		
		DATOS DEL PACIENT	E			
AVILA	GARCIA	JUVENAL				
1er Apellido	2do Apellido	<u> </u>	1er Nombre	2do N	ombre	
Tipo Documento de Identificació			70526346	<del></del> j		
	Pasaporte [	J Cédula de Extranjeria	No Documento de Iden	tificación	Edad	
Tarjeta de Idenlidad  Cêdula de Ciudadañía	Adulto Sin Identificación		30/11/1958	SUBS	IDIO TOTAL	
M. Cedula de Cludadania	Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento		ALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA			Teléfo	no ·	
Departemento ANTIOQUIA DE URABA BERNALE Municipio SAN JUAN DE URABA						
Teléfono Celular	Correo Electr	rónico		<u> </u>		
		SERVICIOS AUTORIZAD	os			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulte Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Cama D						
Manejo Integral Según Ovía de:  Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad  10A002 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL						
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		BITACION BIFERSONAL	.,			
NUMERO DE SOLICITUD OR	IGEN: 1	PAGOS COMPARTIDO:	Fecha: 2021-11-12	Hora: 13:3	3	
Porcentale del valor de los servicio	as de este eutorización a nagor r		- ··· · · · · · · · · · · · · · · · · ·	400	<del></del>	
Percentaje del valor de los servicios de este autorización a pagar por la entidad responsable del pago %  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la eutorización  Concepto  Valor en pesos  Cuota Moderadota  Copago  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación  Cuota de Recuperación						
Nombre de quien autoriza		Teléfono	SE ACTORIZA	·	<del></del>	
DIANA CAROLINA PAZ CERON		3 0101010		<del></del>		
Cargo o actividad: ATENCION CO	MUNERO	Teléfono Cele	ular:		-	
FOM 12/11/2021						

Esla ordén de servicio es única e intransferible Bolo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 80 DIAS>>



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 12/11/2021 13:42:56

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No.

2068

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 62 años, 11 meses y 12 díos Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239961

524 MODAUDAD EVENTO

Descripción' I

ONCOMEDICA S.A.

Presiador del Servicio Dirección y Telétono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Gahlidau Vrijhlidilə

**ESTANCIAS** 

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 7/12/2021 16:55:56

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No.

2508

Dir y Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 8 días

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Preslador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Telélono: 7854344

Descilpaton **ESTANCIAS** 

110A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó

Firma Paciente



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3983866

Fecha: 07/12/2021

Hora: 15:08:54

ENTINE DECEMBER 1							
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASCCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSIQ3							
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364						
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	CC Número						
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO L	OS LAURELES						
	Municiplo MONTERIA 0017						
Correc: utsumetcol.aicepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD							
DATOS DEL P.							
AVILA GARCIA JUVE	NAL						
1er Apellido 2do Apellido Tipo Documento de Identificación  ☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Exi ☐ Taijela de identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☑ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación	ranjeria No Documento de Identificación Edad  30/11/1958 SUBSIDIO TOTAL						
	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO						
Dirección de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA  Departamento ANTIOQUIA TABLETO	Teléfono						
Teléfono Celular Correo Electrónico	Municipio SAN JUAN DE URABA 460 特別的						
SERVICIOS AUT	CRIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION  Urgencias  Manejo Integral Según Guía de:	Cama						
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad						
110A01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADU	LTOS						
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-12-07 Hora; 16:08							
PAGOS COMPA							
Porcentaje del velor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad res	<del></del>						
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Recaudo del prestador Concepto Valor en pasos :  Cuota Moderadora Copego 0.00 \$ Cuota de Recuperación Otro	Recismo de tiquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$						
Nombre de quien autoriza INFORMACION DE LA PERS							
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	0110						
Cargo o aclividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN Teléfono Celular:							
FOM 06/12/2021							
•							

Esta ordán de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA «VALIDEZ 90 DIAS»



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 21/12/2021 9:11:52 a.m.

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No.

2744

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 23 días

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 Dirección y Teléfono:

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

HEMODIAFILIRACION VENOVENOSA

5.500,000,00

5.500.000,00

Total Servicios:

5.500.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ Quien Avioriza

Firma Realizó

Firma Paciente



Firma del Paciente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

4004963

Fecha: 21/12/2021

Hora: 20:49:19

NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA CODIGO, EPSI03					
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364					
mbre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  C C Número						
ódigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 B						
eléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA (0010) ACCOUNTS					
orreo: ulsumelcol.aicepsi2020@gmall.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATO	S DEL PACIENTE					
VILA GARCIA	JUVENAL					
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre					
po Documento de Identificación	70526346					
	la de Extranjeria No Documento de Identificación Edad					
Tarjeta de klentidad Adulto Sin Identificación						
Cédula de Ciudadania Menor Sin Identificación	30/11/1958 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO					
rección de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA	Teléfono					
eparlamento ANTIOQUIA	05 Municipio SAN JUAN DE URABA 658 图 图 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10					
eléfono Celular Correo Electrónico						
SERVIC	IOS AUTORIZADOS					
bloación del paciente al momento de la solicitud de la autorización						
Consulta Externa   Hospitalización Servicio   HOSPITALIZACIO						
Urgencias Transfer of the Tran	N Cama OO					
Innejo Integral Según Chia de:						
ódigo CUPS Cantidad Descripción	Especialidad					
90402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADE	S MEDICAS					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-12-21 Hora: 20:49					
PAGO	S COMPARTIDOS					
orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la er	ntidad responsable del pago % 100					
emanas de alliación del paciente a la solicitud de la autorización	<del></del>					
ecaudo del prestador Goncepto Valor en p	1 1 2 2 1 1 1 2 2 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2					
Cuola Moderadora	pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
☑ Copago	0.00 \$					
Cuola de Recuperación						
Olro						
INFORMACION DE	LA PERSONA QUE AUTORIZA.					
ombre de quien autoriza	Taléfono					
IANA CAROLINA PAZ CERON BIGO O ACIIVIDAD: ATENCION COMUNERO						
	Teléfono Celular:					
ÓM 21/12/2021 VALIDA PARA 99804 1 HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTÍNUA						
	into the second section of the section of the second section of the section of the second section of the section of t					
Entrariti	material and the second					

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 14/12/2021 5:33:14 p. m.

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No.

2726

z = 139

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 21 días

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996;

Presiador del Serviclo

ONCOMEDICA S.A.

Total Servicios:

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

1 5.500.000,00

5.500.000,00

HEMODIAFILIRACION VENOVENOSA

\$.500,000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Firma dei Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3995780 Fecha: 14/12/2021

Hora: 21:53:50

•	•
NTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL C	CAUCA CODIGO EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
OMBRE UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIG	CC Número
eléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23	Municipio MONTERIA 001 1 2012 A
orreo: utsumefcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS DEL	PACIENTE
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	VENAL
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
lpo Documento de Identificación	70526346
Registro Civil Pasaporte Cédula de (	Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identidad Adulto Sin Identificación	30/11/1958 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
irección de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA	Teléfono
ADDITION OF THE PARTY OF THE PA	Municipio SAN JUAN DE URABA 659 ANDER
eléfono Celular Correo Electrónico	ON TOAT DE DIVADA DOS
SERVICIOS A	UTORIZADOS
bicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Gonsulta Externa  Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	
Urgencias The Transfer of the	Cama .
Manejo Integral Según Gula de:	
ódigo CUPS Gantidad Descripción	Especialidad
90402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEC	ICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-12-14 Hora: 21:53
PAGOS CON	
orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad	responsable del pago % 100
emanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0	
ecaudo del prestador Concepto Valor en pesos	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Topel en pasos
Cuola Moderadora	Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
☑ Copage 0.00	\$ 0.00\$
Cuota de Recuperación	
Olro	
INFORMACION DE LA PE	
DRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	léfono
amo o adividad: ALIV DE DESCOSTIGIA	146
	Réfono Celular:
PRDEN VALIDA PÁRA	
99804 1 HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA14/12/	2021
	·
·	
Esta ordén de sa	rvicio es única e intransferible
cata nucleit de 26	rvicio es anica e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 14/12/2021 5:34:02 p. m.

Jauario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No.

**Total Servicios:** 

2645

ir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 17 días

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio Dirección y Telélono:

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

CL 72 6 A 87

Teléfono: 3146303459

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

131002 GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)

2.625.000,00

2.625.000,00

2.625.000,00

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

ROGER EDUARDO GIMENEZ Quien Autoriza

Firma Paciente



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3995738

Fecha: 14/12/2021

Hora: 19:05:31

onitire UNION TEMPORAL SUMERICOL IPS  CC		
codigo 901433341 Dirección del Presidador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES  COCIDOBA 23 Muvicipio MONTERIA 90132020  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  VILA GARCIA JUVENAL  Tor Apailldo 2da A	ITIDAD RESPONSABI	LE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSIO3
codigo 901433341 Dirección del Presidador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES  COCIDOBA 23 Muvicipio MONTERIA 90132020  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  VILA GARCIA JUVENAL  Tor Apailldo 2da A	FORMACION DEL PRE	ESTADOR (Autorizado)
Adulto Carte Bescheria Habitus SAN JUAN DE URASA  SERVICIOS AUTORIZADOS  Procesión del paciente al momento de la solicitud de la autorización del paciente al momento de la solicitud de la autorización proceso del valor del paciente al momento de la solicitud de la autorización proceso del prestado del p	ombre UNION TEMPOR	RAL SIMEICOLIPS
DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  DATOS DEL PACIENTE  VILA  Ior Appillido Ior Ior Ior Ior Ior Ior Ior Ior Ior Ior	ódigo 9014183641	Dirección del Presiador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES
DATOS DEL PACIENTE    Ter Appillido	elėfono 3137764435 De	epartamento CORDOBA 23 Municipio MONTERIA 00111111111
DATOS DEL PACIENTE	orreo: ulsumelcol.alcej	psi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
To Apollido To Documento de Identificación To Apollido To Documento de Identificación To Apollido To Documento de Identificación To Apollido To Documento de Identificación To Apollido To Apollido To Documento de Identificación To Apollido To Adulto Sin Identificación To Apollido To Adulto Sin Identificación To Adulto Sin Identificaci		
Jegalistro Civil   Pasaporte   Cáduda de Extranjeria   Pasaporte   Cáduda de Extranjeria   Pasaporte   Cáduda de Extranjeria   Pasaporte   Cáduda de Extranjeria   Pasaporte   Cáduda de Cidadadania   Adulto Sin idenificación   Edad   30/11/1959   SUBSIDIO TOTAL   MODALIDAO SUBSIDIO   Memor Sin Idenificación   Memor Sin Idenificación   Pasaporte   Cáduda de Cidadadania   Memor Sin Idenificación   Memor Sin Idenificación   Pasaporte   Cáduda de Cidadadania   Memor Sin Idenificación   Memor Sin Idenificación   Pasaporte   SUBSIDIO TOTAL   MODALIDAO SUBSIDIO   Municipio   SAN JUAN DE URABA   Teléfono equatorio   Correo Electrónico   SERVICIOS AUTORIZADOS   Pasaporte   Municipio   SAN JUAN DE URABA   (550	VILA	
Registro Cut   Pasports   Cédula de Extranjeria   Rogistro Cut   Registro Cut	1er Apallido	
Registro Civil	ípo Documento de Ide	ulificación
Tajeta de lidentidad   Adulto Sin Identificación   30/11/1958   SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO	] Registro Civil	
Menor Sin Identificación   Fecha de Nacimiento   MODALIDAD SUBSIDIO		Adulto Sin Identificación
Inscribin de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA (556-12) epartamento ANTIOQUIA (556-12) enidence Cetular Correo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Porceo Electrónico SERVICIOS AUTORIZADOS  Const.    Const.   Const	🛚 Cédula de Cludadani	Menor Sin Identificación
eléfono Celular  Correo Electrópico  SERVICIOS AUTORIZADOS  ***  **Especialidad**  Consulta Externa   Hospitalización   Hospitalización   Hospitalización   Consulta Externa   Hospitalización   Especialidad   Especial	Irección de Residencia	Debitor Ott Have Belleville
SERVICIOS AUTORIZADOS  Tolicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización  Consulta Externa [7] Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Coma [7] Urganicias Minerio Integral Según Guia de:  didigo CUPS Centidad Descripción  TOMA [8] PAGOS COMPARTIDOS  PAGOS COMPARTIDOS  PAGOS COMPARTIDOS  PAGOS COMPARTIDOS  POrcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responseble del pago % 100 [8] escauto del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos [8] Cuota Moderadora [8] Cuota Moderadora [9] Cuota Moderadora [9] Cuota Moderadora [9] Cuota Guia de Recuperación [9] Teléfono  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono  Teléfono Celular:  ORI 14/12/2021	····	Foldion
SERVICIOS AUTORIZADOS    Consulta Externa   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Coma		MANUEL SAIT JOAN DE CRABA (039 E. FELL)
Consulta Externa   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Conna       Urgencias   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Conna       Urgencias   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Conna       Urgencias   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Especialidad     Urgencias   Hospitalización   Servicio   HOSPITALIZACION   Especialidad     Urgencias   Hospitalización   Especialidad     Urgencias   Hospitalización   Descripción   Especialidad     Urgencias   Hospitalización   Hospitalización   Descripción   Hospitalización   Pacina   Hora: 19:05     PAGOS COMPARTIDOS   Pacina   Hora: 19:05     PAGOS COMPARTIDOS   Hora: 19:05     Pagos Compania   Pagos   Pagos   Hora: 19:05     Pagos Compania   Hora: 19:05     Pagos Com		
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-12-14 Hora: 19:05  PAGOS COMPARTIDOS  orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % [100]  emanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reciamo de tiquete, bono o vale de pago   Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  Coucla de Recuperación   Outo	T Urgencias Manejo Integral Según Gu ódigo CUPS Cantida	nia de: d Descripción : Especialidad
PAGOS COMPARTIDOS  orcentale det valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responseble del pago %  ernanas de afitiación del paciente a la solicitud de la autorización  Concepto  Valor en pesos  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  Cuota Moderadora  Couta de Recuperación  Olto  INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  Ombre de quien autoriza  Teléfono  ORIANA LUCIA GUAL GUAN RUIZ  argo o actividad: AUX DE REFERENCIA  Teléfono Celular:		STUD ODIORY
orcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %  emanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reciamo de tiquete, bono o vale de pago    ecaudo del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  Cuota Moderadora   Congago   0.00 \$    Cuota de Recuperación   Cuota de Recuperación    Cuota de Recuperación   Cuota de Recuperación    ORIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ    argo o actividad: AUX DE REFERENCIA Teléfono Celular:  COM 14/12/2021	MOMENO DE SOLIC	1 6018. 2021-12-14 Hold. 19:05
ernanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reciamo de tiquete, bono o vale de pago caudo del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos Outo de Recuperación Outo Copago Outo de Recuperación Outo Coltro C	orcentale del valor de to	
ombre de quien autoriza  DRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ  argo o actividad: AUX DE REFERENCIA  Teléfono Celular:  OM 14/12/2021	emanas de afiliación de ecaudo del prestador	Paciente a la solicitud de la autorización   0   Reciamo de tiquete, bono o vale de pago   Concepto   Valor en pesos   Porcentaje (%)   Valor Máximo (Tope) en pesos   Cuota Moderadora   Copago   0.00 \$   0.00 \$   Cuota de Recuperación   Cuota d
DRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ  argo o actividad: AUX DE REFERENCIA  Teléfono Celular:  OM 14/12/2021		
argo o actividad: AUX DE REFERENCIA  Teléfono Celular:  OM 14/12/2021		
OM 14/12/2021	<del></del>	
		DE REFERENCIA Teléfono Celular:
Esta ordên de servicio es única e intransferible	OM 14/12/2021	
Esta ordén de servicio es única e intransferible		
Esta ordên de servicio es única e intransferible		
Esta ordên de servicio es única e intransferible		
Esta ordén de servicio es única e intransferible		
Esta ordên de servicio es única e intransferible		·
Esta ordén de servicio es única e intransferible		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·	Esta ordên de servicio es única e intransferible

Esta ordán de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 14/12/2021 5:24:36 p.m.

2640

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No. Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EP\$103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 17 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996;

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono:

CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 399804 HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA

1 5.500,000,00

5,500,000,00

Total Servicios:

5.500,000,00

ROGER EDVARDO GIMENEZ Quien Autoriza

Firma Realizó

Firma Paciente

至是是中华的人员的自己的国际人员的对抗的人的现在分词使为人的现在分词



Oncomedica S.A. NIT: 812007184 CR 6<sup>1</sup> # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020
No somos autometenedores. No astamos Exentos de retención en la fuente



#### Factura Electronica de Venta ONCE152323

processous Cód. Habilitación: 230010094901	Factura Electronica de \	renta ONCF152323	
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MOI Telérono:	NTERIA - CORDOBA	Fecha Generación: 20.DIC Fecha Validación: 20.DIC Fecha Vencimiento: 19.ENE Cubre Dasde: 23.SEE	C.2021 9:48 E.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	o Contrato : Evento Otro	Hasta: 23.SER	
No. Contrato: Tip Código ERP:	o Contrato:Evento Otro		
Paciente: MUSLACO CASTILLO PETRONA No. Doc.: 39155825 Tipo Doc.: CC	Teléfono: 3212828063	Consecutivo: 0	102015732
Dirección: NECOCLI - NECOCLI Médico: RICARDO JOSE SILGADO KERGUELEN	1000000	No. Poliza: No. Autorización: 49640	
Código Descripción			Valor Total
Area Funcional: 01 CONSULTA EXTERNA	A		
03 CONSULTA MONITORIZACION Y PR	ROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		34,060.00
-	S	ublotal Area >>>	34,060.00
, ,,,	VALOR SERVICIOS		34,060.00
·	VALOR COPAGOS	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO		0.00
	VALOR DESCUENTO		0.00
•	VALOR TOTAL FACTURA	:	34,060.00
TOTAL TREINTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS CON CERO	CENTAVOS **** **** **** **** **** ****	** **** **** ****	34,060.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila e servicios a entera satisfacción.	an sus efectos a una fetra de cambio (artículo 5 Ley 123	l de 2008). El contratante declara haber r	ecibido las
Afiliado: Vendedor:	PACIONIT	edor supone que fiche gradice está autorizada 10 Ned 1 Comunición residencia. Acepio esta 901418364-1 ) - 12-2	a para firmar y factura.
Firma Firma	FECHA	FAMILY FOR	
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian № consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proyector tecno SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf91661767	18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 ológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390	Vigencia 24 meses, Prefilo ONCF 126-6 Software: TFHKA_CO900390	del 0126
Forma de Pago: Credito Medio de Pa	ago: Transferencia Electrónica	Plazo: 30 Días	

Clintos

CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

23/09/2021 02:10:07 p. m.

Ujuario: CC 39155825 MUSLACO CASTILLO PETRONA

Orden de Servicios No.

1384

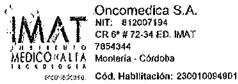
Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

19/08/1958 Edad: 63 años, 1 meses y 4 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

i i	JNCOMEDICA S.A. CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344	
Descripción		s Confedit VIVIII (a) Somblet
01 CONSULTAS 890240 CONSULTA DE PRIMER	A YEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	
Angle Re	1 Strafted	Yolal Servicios:
ANGELICA MARTINEZ RIAZA  Qulen Autoriza	MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó	Firma Paclente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT Montería - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



### Factura Electronica de Venta ONCF152546

Nombi	e Clie	ente:	UNI	ON	ΤE	MΡ	ORAL	SUMEICOL	IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 20.DIC.2021 14:24 Fecha Validación: 20.DIC.2021 14:24

Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022 Cubre Desde:13.NOV.2021

Hasta:13,NOV,2021

No. Admisión: 0100590363

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PEÑA MENDOZA CARMELA

No. Doc.: 42654448 Tipo Doc.: CC Dirección: VEREDA CANIME - ARBOLETES

Teléfono: 3148044959

No. Poliza: No. Autorización: 3944155

Código Area Funcional:

<u>Ciruala</u>

Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA Descripción

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

66 441302C

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

CIRUGIAS GENERALES

Valor Total

Cirugia 452301C COLONOSCOPIA TOTAL

39008 39212 Grupo 10

39304

Grupo 10 GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13

CIRUGIAS GENERALES

RODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Valor Servicio Qx 232,600.00 232,600.00
TOTAL	Valor Servicio Qx 475,800.00 467,720.00
11 - 12 - 13	70,000.00 1,013,520.00
Subtotal	Area >>> 1,246,120.00
VALOR SERVICIOS:	1,246,120.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	1,246,120.00
NTO VEINTE PESOS CON CERO CENTAVOS **** ****	1,246,120.00
a en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 200	8). El contratante declara haber recibido los
Se hace constar que ta firma distinta al comprador supor recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir Confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir Confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir Confesar la deuda y obligar al comprador supor recibir. Confesar la deuda y obligar al comprador supor recibir.	Mettonola na mercancia. Acepto esta factura.
1 22	cia 24 meses, Prefijo ONCF del Software: TFHKA_CO900390126
Pago: Transferencia Electrónica	Plazo: 30 Días

UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTE PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los vicios a entera satisfacción.

Afiliado:

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Vendedoc

Firma

17. 812007 19sFilmAcome

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/202€ผิ้ปั encia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIE 600390128:6 Software: TFHKA CO900390128

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Clintos

Firma del Paciente

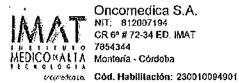
# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Hora: 12:55:04

15 NOWERO MOTOR		NACHA BEL GALLON	CODIGO EP	SI03	
ENTICAO RESPONSABLE DEL PAG	3O ASOCIACION INC	DIGENA DEL CAUCA	CODIGO EF	3103	
NFORMACION DEL PRESTADOR (	Autorizado)	NIT ☑ 901418364			
Nombre UNION TEMPORAL SUME	COL IPS		CC ☐ Núr	nero	
Código 9014183841 Dirección	n del Prestador CALLE 42 10	OA 36 BARRIO LOS LAL	JRELES		
Teléfono 3137764435 Departament	o CORDOBA		Municipio MONTERU		
Correo: utsumelcof,aicepsi2020@g	mail.cor Contrato: 524-2021	RECUP	PERACION DE LA SALUD MEON	ANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
		DATOS DEL PACIENT	E		
PEÑA	MENDOZA	CARMELA			
ter Apellido	2do Apellido		1er Nombre	2de Nembre	
Tipo Documento de Identificación			42654448		
☐ Registro Civil ☐	Pasaporte [	Cédula de Extranjeria	No Documento de Identificació	n Edad	
Tarjeta de Identidad	Adulto Sin Identificación		21/01/1948	SUBSIDIO TOTAL	
Cédula de Ciudadanía	Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habifual A	ARBOLETES			Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		05	Municipio ARBOLETES	051	
Telélono Celular	Correa Elect	rónico	•		
		SERVICIOS AUTORIZAI	DOS		
Ubicación del paciente el momento  Consulte Externa M Hospitaliz Urgendas	de la solicitud de la autorizaci ación Servicio HOSPITAL	IZACION		Cama 😡	
Menejo Integral Según Guía de: Código CUPS Cantidad Descrij			Es	pecialidad	
890402 1 INTERC	CONSULTA POR OTRAS ESPEC	KALIDADES MEDICAS			
NUMERO DE SOLICITUD ORIG	3EN: 1		Fecha: 2021-11-12	fora: 12:55	
		PAGOS COMPARTIDO			
Porcentaje del valor de los servicios	de esta autorización a pagar	por la entidad responsab	te del pago % 100	<del>-</del>	
Semenas de afiliación del paciente a	ı la solicitud de la autorización	n [0]	Reciamo de tiquete, bono o va		
Recaudo del prestedor Concep		alor en pesos	Porcentaje (%) Valor i	šáxim <u>o (Tope) en pesos</u>	
	toderadora		2000	<del> </del>	
Copago	·	0.00 \$	0,00\$		
	e Recuperación —	1			
Clore	INFORMAC	ION DE LA PERSONA C	QUE AUTORIZA		
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
DIANA CAROLINA PAZ CERON				<u> </u>	
Cargo o actividad: ATENCION CON	MUNERO	Teléfono Ce	elular.		
FOM 11/11/2021 VALIDA PARA 441302 1 ESOFAGOGASTROE 452301 1 Colonoscopia total	) HODENOSCOPIA (EGD)	J CON O SIN BIOPSIA	•		
· · · · · · · · · · · - · · - ·					

Esta ordén de servicio es única e intrensferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginara 1 de 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 5 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente...

## Factura Electronica de Venta ONCF152783



0		SPEREZE Clir	ntos		COPIA 3		• Pág. No.: 1
Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO	INTERMEDIOS PIS	O 4 T2		SOUTH THE FF	£,414,044.00
		i			··	Subtotal Area >>>	2,214,844.00
19	LABORATO	ORIO CLINICO					454,900.00
' <b>1</b> 5		ENTOS POS					429,221.00
14		ES E INSUMOS					238,323.00
13		S DE APOYO EN LA A	TENCION DE SALU	ID			1,052,800.00
03		MONITORIZACION Y			TICOS		39,600.00
Area Funcional:	68 .	UCI PEDIATRICA I	PISO 3 T2				
						Subtotal Area >>>	78,718.00
15	MEDICAME	ENTOS POS					45,974.00
14	MATERIAL	ES E INSUMOS					32,744.00
<u>trea Funcional:</u>	16	CIRUGIA					
						Subtotal Area >>>	259,516.00
19	LABORATO	DRIO CLINICO					20,800.00
15		ENTOS POS					126,880.00
14		ES E INSUMOS					111,836.00
trea Funcional:	09	HOSPITALIZACIO	N PISO 2 T1			Subtotui Albu FFF	10,400.00
						Subtotal Area >>>	10,400.00
19	LABORATO	ORIO CLINICO					10,400.00
rea Funcional:	08	IMAGENOLOGIA	·				701,130.00
						Subtotal Area >>>	781,738.00
19	LABORATO	ORIO CLINICO					171,700.00
15	MEDICAME	ENTOS POS					31,720.00
14	MATERIAL	ES E INSUMOS					93,218.00
03	CONSULTA	A MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTO	S DIAGNOS	TICOS		485,100.00
rea Funcional:	07	URGENCIAS	Me INI II			Subtotal Area >>>	6,954,572.00
						Cultural Avenues	0.054.570.00
14 15		es e insumos Entos pos					42,856.00 6,911,716.00
Código Area Funcional:	Descripción 02	n QUIMIOTERAPIA					Valor Tota
No. Doc.: 1039654 Dirección: COMUN	412 <mark>4</mark> NDAD TURR	Tipo Doc.: Ti IQUITADOLLANA - MU E DE LA HOZ PASTOR	IRINDO	Teléfono:	320 534 2149	No. Poliza; No. Autorización:	
Código ERP: Paciente: JUMI S	APIA WILL	ER					misión: 010059545
No. Contrato:			Tipo Contrato:Even	ito	Otro	Responsable:UNION TEMP	sta: 11,DIC,2021
Teléfono: E-Mail: utst	umeicol.aice;	osi2020@gmail.com				Cubre Des	sde: 2.DIC.2021
Taláfanas			MONTERIA - CORD			i Fecha Vencimie	nto: 19.ENE.2022



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 5 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la juente

#### Factura Electronica de Venta ONCF152783

Cód. Habilitación: 230010094901 Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:18 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:20 Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022 Teléfono: Cubre Desde: 2.DIC.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 11.DIC.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100595456 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teléfono: 320 534 2149 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Autorización: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR Valor Total Descripción Código CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 79,200.00 743,500.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCIÓN DE SALUD 13 95,400.00 LABORATORIO CLINICO 19 541,100.00 QUIMIOTERAPIA Subtotal Area >>> 1,459,200.00 **HOSPITALIZACION PISO 4 T2** Area Funcional: 73 **CIRUGIAS GENERALES** 350,005.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 158,400.00 1,085,500.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13 426,430.00 MATERIALES E INSUMOS 426,791.00 **MEDICAMENTOS POS** 315,400.00 LABORATORIO CLINICO Subtotal Area >>> 2,762,526.00 HOSPITALIZACION PISO 3 T1 Area Funcional: 74 45.967.00 MEDICAMENTOS POS

	Subtotal Area >>>	2,762,526.00
SO 3 T1		
		<b>2,762,526.00</b> 45,967.00 <b>45,967.00</b>
	Subtotal Area >>>	45,967.00
VALOR SERV	/ICIOS:	14,567,481.00 0.00
VALOR COP	AGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPA	RTIDO:	0.00
VALOR DESCU	JENTO:	0.00
VALOR TOTAL FAC	CTURA:	14,567,481.00
		0.00 14,567,481.00

70

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 5 T2** 

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

INO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

occoscoso. Cod. Habilitacion:	230010094901	ractura E	iectronica de	venta UNCF152/	83 <b>(1999)</b>
Nombre Cliente: UNION TEMPOF Identificación: NIT 901418364- Dirección: CL 42 10 A 36 BRF Teléfono:	1	TERIA - CORDOBA		1 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	ón; 20.DIC.2021 17:18 ón; 20.DIC.2021 17:20 ito:19.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi:	2020@gmail.com				de: 2.DIC.2021
No. Contrato:	Tipo	Contrato:Evento	Otro	Has	sta: 11.DIC.2021
Código ERP:				Responsable:UNION TEMP	ORAL SUMEICOL IPS
Paciente: JUMI SAPIA WILLER				No. Adn	nislón: 0100595456
No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQ Médico: ALFREDO ENRIQUE D			no: 320 534 2149	No. Poliza: No. Autorización:	
Código Descripción					Valor Total
CATORCE MILLONES QUINIENTO	OS SESENTA Y SIETE MI	L CUATROCIENTOS O	OCHENTA Y UN PES	OS CON CERO	14,567,481.00
La presente factura electrónica de venta e servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimila en	sus efectos a una letra de c	cambio (articulo 5 Ley 12	31 de 2008). El contratante dec	lara haber recibido los
Afiliado:	Vendler ALI	recibir, confesar	NIT. 9014		itå autorizada para firmar y . Acepto esta factura
Firma	Nit. 512.007.194.5	II	RECIBE: 10	2/~ 27	

Habifitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 at 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:9ddd504de990727764cf16fc70627aee74fcbec76c54dd33fc2fcbcd641845e271fbaddb0482e63bb25130c7c37b9681



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3976973 Focha: 04/12/2021

Hora: 17:40:57

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION IN	DIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☑ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 1	0A 36 BARRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 OFFICE Municipio MONTERIA 001 OFFICE STATES
Correo: utsumetcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS DEL PACIENTE	
JUMI SAPIA	WILLER
ter Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039654124
Registro Civil Pasaporte	Cédula de Extranjerta No Documento de Identificación Edad
Tarjeta de Identificación  Adulto Sin Identificación	19/06/2014 SUBSIDIO TOTAL
Códula de Ciudadanía Menor Str Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual MURINDO	Teléfona
Departamento ANTIOQUIA	05 Municiple MURINDO 475
Toléfono Celular Correo Elect	rónico
	SERVICIOS AUTORIZADOS
Ublicación del paciente al momento de la solicitud de la autorizaci	ón
Consulta Externa Macapitalización Servicio HOSPITAL	IZACION Cama
Urgenclas	
Manejo Integral Según Ouia de: Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
Código CUPS   Cantidad   Descripción   992505   1   POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE AL	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-12-04 Hora: 17:40	
PAGOS COMPARTIDOS	
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
•	ilor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Cuola Moderadora	
☑ Copago	0.00 \$
Cuota de Recuperación	
Olio L J L J INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de guien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:
FOM 04/12/2021 +992502 Quimloterapia Intratecal +033101 PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPE	EUTICA)

Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina la 1 de 1



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA Fecha Orden 4/12/2021 10:06:56

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Orden de Servicios No. 2464 Dir y Tel: CALLE | Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 5 meses y 18 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nif 817001773-3 CALLE | Nº 4-50 Teléfono 23996; Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 Seminas emplois semanas emplos en la compansa emplos emplos emplos emplos emplos emplos emplos emplos emplos e PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) 1 03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos 992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) + 772505

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Flima Realizó

Firma Paciente

Total Servicios:



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 3/12/2021 9:30:18

Usuarlo: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER Orden de Servicios No. 2421 Olr y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 19/06/2014 Edad: 7 años, 5 meses y 16 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996; 524 MODALIDAD EVENTO Contrato: Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT Dirección y Teléfono: CI 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459 was a SPONGRADO 4 Tubbleet Subblette Subarante ESTANCIAS INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE 10A001 AISLAMIENTO]

 Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF152786

Cód. Habilitación: 230010094901 Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:20 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Dirección: CL 42 10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono:

E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022

Cubre Desde: 8.DIC.2021

Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:25

Hasta: 20.DIC.2021

No. Admisión: 0100600497

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

Identificación: NIT 901418364-1

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 320 534 2149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Médico: SOL MARIA GONZALEZ PALMA

No. Autorización: 50020632 Valor Total

Código Area Funcional: Descripción 73

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

MEDICAMENTOS NO POS

5,633,555.00

5,633,555.00 Subtotal Area >>> 5,633,555.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR CCPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.00 5,633,555.00 VALOR TOTAL FACTURA:

TOTAL

CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON CERO

5,633,555.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 6 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

73

Firma

oncomedica s.a.

Firma

al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y connetarle, Recibi conforme la mercancia. Acepto esta factura. Se hace consta A C Tall Repres

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390128 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd/9/661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE;6df380c6182a1124e31106a3f8d2c6bc299d8943144c2f29ded1eaa

# Fwd: MIPRES NO PBS - WILLER JUMI SAPIA ([PEGASPARGASA] 750UI/1ML / OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

Brian Escobar Rada < autorizaciones 3@imaton comedica, com >

Responder a todos

Hoy, 4:27 p.m. admisiones

WILLER JUMI SAPIA.pdf 735 KB

descargar

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:MIPRES NO PBS - WILLER JUMI SAPIA ([PEGASPARGASA] 750UI/1ML / OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Fri, 3 Dec 2021 17:51:49 -0500

**De:**Juan Guillermo Berrio Guzman <a href="mailto:square;"><u>autorizaciones3@imatoncomedica.com></u></a>
<a href="mailto:Para:SUMEICOL">Para:SUMEICOL</a> - AIC AUT NUEVO <a href="mailto:square;"><u>autorizacionutsumeicol@gmail.com></u></a>

Señores:

## **UT SUMEICOL IPS**

De manera adjunta envío Radicado MIPRES para AUTORIZACIÓN de tecnología NO-PBS:

## [PEGASPARGASA] 750UI/1ML / OTRAS SOLUCIONES

Cantidad: 1

Para tratamiento hospitalario del paciente (a): WILLER JUMI SAPIA

Con identificación Nº: 1039654124

Paciente que se encuentra hospitalizado en la institución

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 62 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF153226

Cód, Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Fecha Generación: 21.DIC.2021 15:39 Fecha Validación: 21.DIC.2021 15:39 Fecha Vencimiento: 20.ENE.2022

Cubre Desde: 14.DIC.2021 Hasta: 14.DIC.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS No. Admisión: 0100598649

Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA

No. Doc.: 42651839 Dirección: cli 1# 4-50 - MONTERIA Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3136855063wap

No. Poliza:

No. Autorización: 2478

Médico: 0 Código Area Funcional:

Descripción 05

LABORATORIO CLINICO

LABORATORIO CLINICO

73,100.00

Valor Total

Subtotal Area >>> 73,100.00 73,100.00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 73,100.00 VALOR TOTAL FACTURA:

TOTAL

73,100.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante dectara haber recibido tos servicios a entera salisfacción.

Afiliado:

Vendedo

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, contesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancia. Acapto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL

Firma

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2013 Vigencia/4 meses, Prefijo ONCF del m<del>© T</del>FHKA\_CO900390126 consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Provedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

7/12/2021 9:43:15 a.m.

Usuario: CC 42651839 MARTINEZ MORA CASIMIRA

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE I № 4-50 239968

2478

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

31/08/1952 Edad: 69 años, 3 meses y 14 días

524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50. Teléfono 23996/

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Direc	alán er Valátanas	004 4 7 = 0 0 1 = 0 0 1 1				
	ción y Teléfono:	CRA 6 # 72-34 ED. IMAT	Teléfono: 7854344			
2110	Dešcripción 🕒			Garilada 😪	Villation 4	SUMBIA
<b>02</b> P	ROCEDIMIENTOS DIA	GNOSTICOS			Control of State Control of the	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR
902210		HEMOGLOBINA HEMATOCRITO	RECUENTO DE ERITROCITOS	1	16,300,00	16.300,00
903841	GLUCOSA EN SUER	O - LCR U OTRO FLUIDO DIFERI	ENTE A ORINA	1	9.800,00	9.800,00
902045	TIEMPO DE PROTRO	ombina (PT)		1	23,800,00	23.800,00
902049	TIEMPO DE TROMBO	OPŁASTINA PARCIAL [PTT]		1	23.200,00	23.200,00

Carinina

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos de retención en la fuente

CUFE:d49800d7800e7ba6af1f3d1b27c3b6e878734de255c020d9e3dec6c684809248e92bedf37950697db6c1fbda4a3e7dc9

Cód, Habilitación: 230010094901

### Factura Electronica de Venta ONCF153798

CARCASSOS					
Identificación: NIT 9	ON TEMPORAL SUMEICOL IPS 901418364-1 2 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTER	RIA - CORDOBA		Fecha Validació Fecha Vencimien	
	nelcol.aicepsi2020@gmail.com				le:25.NOV.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Co	ntrato:Evento	Otro	Has	la: 23.DIC.2021
	CEBALLOS FREDY MANUEL	<del>-</del>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	No. Adm	lsión: 010059362
No. Doc: 8201275	Tipo Doc.: CC Z-EL BAGRE ANTIOQUIA - ANTIOQUIA	Teléfono	3113181207	No. Poliza; No. Autorización: 2193	
	Descripción	<u></u>			Valor Tota
	05 LABORATORIO CLINICO	· ·			
19	LABORATORIO CLINICO				180,000.00
			Sut	ototal Area >>>	180,000.00
·		VAL	OR SERVICIOS:		180,000.00
		VA	LOR COPAGOS:	<u>.</u>	0.00
		VALOR PAGO	COMPARTIDO:		0.00
		VALO	R DESCUENTO:		0.00
		VALOR TO	OTAL FACTURA:		180,000.00
TOTAL	L.—				
CIENTO OCHENTA	MIL PESOS CON CERO CENTAVOS ****	1112 BE11 1364 Akpt +468	**** **** **** **** **	** 642% %8## ####	180,000.00
La presente factura elect servicios a entera satisfa	rónica de venta de compraventa se asimila en sus cción.	s efectos a una fetra de car	nblo (artículo 5 Ley 1231	de 2008). El contratante deci	ara haber recibido los
					41-1
Afiliado:	Vendenos V	Se hace constar of recibir, confesar ta	NH.	or surviva oua riote persona es Orecla consulta la mereancia 301418364-1	ilá autorizada para firmar y Acapto esta factura.
	Nit. 312.093 194		FECHA: 2	3-12-4	

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software, TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

05

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Firma

Plazo: 30 Días

Pág. No.: 1

RECIBE:-

Clintos



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 23/11/2021 15:06:52

Usuailo: CC 8201275 TERAN CEBALLOS FREDY MANUEL

Orden de Servicios No.

2199

Dir y Tei: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

20/02/1972 Edad: 49 años, 9 meses y 5 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898101

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA +

898241

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES ?

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó



Nit: 901418364-1 .Codlgo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden

25/11/2021 9:16:29

Usuario: CC 8201275 TERAN CEBALLOS FREDY MANUEL

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

2193

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

20/02/1972 Edad : 49 años, 9 meses y 5 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898201

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONIC.



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 63 # 72-34 ED. IMAT Monteria - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de relención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF154053

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

τακτεύσηο Cód. Habilitación: 2	30010094901	Factura Electronica d	e venta UNCF 154	no? 関係が出場が出
Nombre Cliente: UNION TEMPORA Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR Teléfono:		NTERIA - CORDOBA	Fecha Valida	ición: 23.DIC.2021 17:45 ición: 23.DIC.2021 17:45 ento:22.ENE.2022
E-Mail: ulsumeicol.aicepsi20	020@gmail.com		1	esde: 10.SEP.2021
No. Contrato:	Tip	o Contrato:Evento Otro		asia: 10.SEP.2021
Código ERP:			Responsable:UNION TEM	
Paciente: PEÑA BELTRAN ELIZ No. Doc.: 21587610 Dirección: CLLA 1 N 4-50 - CACER	Tipo Doc.: CC tES	Teléfono: 3135904228	No, Poliza:	dmisión: 0100572321
Médico: GUSTAVO ANDRES DIA	AZ NESSIF		No. Autorización: 110	Valor Total
Gódigo Descripción  Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPI	A PISO 2 T2	<del></del>	74(0) 10141
14 MATERIALES	E INSUMOS .			2,138,288.00
Cirugia 434101C	LIGADURA ENDOS	CÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS	Valor Ser	
39006	Grupo 08			272,600.00
39210	Grupo 08			230,040.00
39303	GRUPOS 07 - 08	- 09		70,000.00
01 CIRUGIAS GEI	NERALES			572,640.00
<u>Cirugia</u> 441302C 39004 01 CIRUGIAS GEI	Grupo 06	DUODENOSCOPIA (EGD) CON O SIN BIC	PSIA Valor Ser	vicio Qx 232,600.00 232,600.00
	-		Subtotal Area >>>	2,943,528.00
		VALOR SERVICI	OS:	2,943,528.00
		VALOR COPAG	OS:	0.00
		VALOR PAGO COMPARTI		0.00
		VALOR DESCUEN		0.00
		VALOR TOTAL FACTU		2,943,528.00
TOTAL  DOS MILLONES NOVECIENTOS CI	UARENTA Y TRES MIL	QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON	I CERO CENTAVOS	2,943,528.00
La presente factura electrónica de venta de servicios a entera satisfacción.	e compraventa se asimila e	en sus efectos a una fetra de camblo (artículo 5 Ley	1231 de 2008). El contralante d	eclara haber recibido los
Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al recibir, confesar la deuda y obligar al co	comprador supone que dicha persona ntratante. Recibi conforma la marcan	está autorizeda para firmar y cia. Acepto esta factura.
	Olive	BEO	901416364.1	V4.

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023.Vige icia-24 neses Perija ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Clintos



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 08/09/2021 11:09:04 a.m.

Usuario: CC 21587610 PERA BELTRAN ELIZABETH MARIA

Orden de Servicios No.

1102

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

10/05/1967 Edad : 54 años, 3 meses y 28 días

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE I № 4-50 Teléfono 23996

ONCOMEDICA S.A.

Teléfono: 7854344

Dirección y Teléfono:

Prestador del Servicio

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

662,400.00

662,400.00

ESOFAGOGASTRODUODENOS COPIA IEGDJ CON O SIN BIOPSIA

Total Servicios:

662,400.00

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 07/09/2021 10:10:39 a.m.

Usuario: CC 21587610 PERA BELTRAN ELIZABETH MARIA

Orden de Servicios No.

1128

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

Administradora; EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

10/05/1967 Edad: 54 años, 4 meses y 0 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES ESOFAGICAS

Total Servicios:

Quien Autoriza

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF154115

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020



Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 24.DIC.2021 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 24.DIC.2021 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022 Teléfono: Cubre Desde: 23.DIC.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 23.DIC.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Código ERP: Consecutivo: 0101948474 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teléfono: 320 534 2149 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: Ti Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Poliza: No. Autorización: 2741 Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES Valor Total Descripción CONSULTA EXTERNA 01 Area Funcional: CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 110,000.00 Subtotal Area >>> 110,000.00 110.000.00 VALOR SERVICIOS: 0.00VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: 110,000.00 TOTAL CIENTO DIEZ MIL PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* 110,000.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. hace constar que la lima de albu s Sol ME (IM) persona está autorizada para firmar y Afiliado: Verkjedof. radioir, confesar la deuda G  $\circ$ oncomedich s.d RECIBE

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2025:Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwaretD: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Firma

Plazo: 30 Días

Firma

Clintos



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

21/12///021 5:20:44 p. m.

Fecha Ordan

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

27#1

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad : 7 años, 6 meses y 2 dícis Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 2399-9

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Professional Contraction of the

01

890352

CONSULTAS

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA

100,000,00

100.000.00

HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Total Servicios:

100,000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Firma Realizó

1638653072

Quien Autoriza

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

## Factura Electronica de Venta ONCF154303

Fecha Generación: 24.DIC.2021 12:42 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Validación: 24.DIC.2021 12:42 Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022 Teléfono: Cubre Desde; 23.DIC.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 23,DIC,2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: No. Admisión: 0100601310 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teléfono: 320 534 2149 Tipo Doc.: Ti No. Doc.: 1039654124 No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Autorización: 2740 Médico: 0 Valor Total Código Descripción LABORATORIO CLINICO Area Funcional: 16,300.00 LABORATORIO CLINICO Subtotal Area >>> 16,300.00 16,300,00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 16,300.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL 16,300.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta el comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y /endedor Afiliado: le Recibi conforme la men Firma RECIBE 24 meses, Prefijo ONCF del Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dían Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390128-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 21/12/2021 5:19:36 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

2740

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 2 días

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239967

Control of the contro

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO Firma Realizó



Oncomedica S.A. NIT: 812017194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 854344 Monteria - Córdoba

Cód, Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF154329



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 24.DIC.2021 13:17 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 24.DIC.2021 13:30 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS (AURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 18.DIC.2021 Hasta: 22.DIC.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: JUMI JUMI GLORIA ISMENIA No. Admisión: 0100600134 Tipo Doc.: TI No. Doc.: 1045431524 Teléfono: 3226504459 Dirección: VEREDA PIÑALES REGUARDO JAIKERASABI - MUTATA No. Poliza: Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO No. Autorización: 4008132 Descripción Valor Total Código Area Funcionai: **IMAGENOLOGIA MEDICAMENTOS POS** 126.221.00 Subtotal Area >>> 126,221.00 ਮਿਦa Funcional: HOSPITALIZACION PISO 2 T1 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 79,200.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,014,800.00 MATERIALES E INSUMOS 155,621.00 26 RESONANCIA 1,692,300.00 Subtotal Area >>> 2,941,921.00 VALOR SERVICIOS: 3,068,142.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 3,068,142.00 TOTAL TRES MILLONES SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* 3,068,142,00 CUFE:6540e40dba8ad65c28a8437d7 resente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los cios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta al con persona está autorizada para firmar v Afiliado: Vendedor: recibir, confesar la deuda y obligar mercancia. Acepto esta factura, Firma Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

fecha Orden 23/12/2021 10:03:24 a.m.

Usuaito: TI J045431524 JUMI JUMI GLORIA ISMENIA

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

2789

Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

**524 MODALIDAD EVENTO** 

29/09/2010 Edad: 11 años, 2 meses y 26 días Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996i

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

10A001

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN UNIPERSONAL (INCLUYE

AISLAMIENTO)

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó

Flima Paclenie



na del Paciente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

4008132

Fecha: 23/12/2021

Hora: 18:44:21

IDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGEN	A DEL CALIDA
PRMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	A DEL CAUCA CODIGO EPSI03
ibre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364
1igo 9014183641 Dirección del Presiador CALLE 42 10A 36	C C Número
fono 3137764435 Departamento GORDOBA	S Constant date
eo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2021	20回答题 Municiplo MONTERIA 00回题图题
	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD OS DEL PACIENTE
II JUMI	OLOPH.
ter Apellido 2do Apellido	double-ship point 1975
Documento de Identificación	200 (40)(10)8
Registro Civil 🔲 Pasaporte 🥅 Céd	iule de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Called a Cot of the Co	
Cédule de Ciudadania Menor Sin Identificación	29/09/2010 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
cción sa Residencia Habitual CI JAIKERAZABI	
arlamento ANTIOQUIA	Teléfono    Teléfono
fono Celular Gorreo Electrónico	Municiple MUTATA   相談
SERVIC	CIOS AUTORIZADOS
ación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa  Hospitalización Servicio  HOSPITALIZACIO	10.7
rigencias	Cama
ejo Integral Según Guía de:	
go CUPS Cantidad Descripción O1 1 INTERNACION CONDITIBADA ALTA VASTE DE	Especialidad
1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACIO	UN UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
IUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-12-23 Hora: 18:44
PAGO	S COMPARTIDOS
entaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la el	nlidad responsable del pago % 100
mas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización udo del prestador — Concepto — Valor en r	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Cuola Moderadora Valor en j	Desos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
₹ Copago	0.00 \$
Cuote de Recuperación	0.00\$
Otro	
ore de quien autorize	LA PERSONA QUE AUTORIZA
ANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	Teléfono
o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Gelular:
23/12/2021	The state of the s
	•
	_
Esta ordén	i de servicio es única e intransferible

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 30 DIAS>> Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 68 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autometenedores. No estamos Exentos de retención en la luente

QUIMIOTERAPIA

egrekara Cód. Habilitación: 230010094901

Factura Electronica de Venta ONCF155691

Identificación:	NIT CL 4	901418364-1	AL SUMEICOL IP	S MONTERIA - CORDO	)BA			Fecha Generación: 3 Fecha Validación: 3 Fecha Vencimiento: 2	0.DIC.2021 11:14 9.ENE.2022
		meicol.aicepsi2	020@gmail.com					Cubre Desde:20	7.NOV.2021
No. Contrato:				Tipo Contrato:Evento	,	Otro	Resnonsa	ble:UNION TEMPORA	
Código ERP:		CA JULIO TE	NII DA DOCA				Tesponso		5n: 0100583406
No. Doc.: 438 Dirección: AN	9456 TIOQ		Tipo Doc.: CC JIA	:	Teléfono:	3162804446		No. Poliza: utorización: 3513911	Valor Total  397,500.00 616,000.00 2,570,300.00 374,800.00 3,958,600.00 0.00 0.00 3,958,600.00 3,958,600.00
Código		Descripción							Valor Total
Area Funciona	<u>[:</u>	02	QUIMIOTERAPIA						Ę
	13	SERVICIOS D	E APOYO EN LA A	TENCION DE SALUE	)				397,500.00
/	14	MATERIALIES							616,000.00
<b>!</b>	15	MEDICAMENT	OS POS						2,570,300.00
	99	QUIMIOTERAL	PIA						374,800.00 ह
							Subtotal	Area >>>	3,958,600.00
					VAL	OR SERVIC	IOS:	•	3,958,600.00
					VAL	OR COPAG	os:		0.00
				VALO	R PAGO	COMPART	IDO:		0.00
					VALOF	R DESCUEN	ITO:		0.00
				VA	LOR TO	TAL FACTU	JRA:		3,958,600.00
TOTAL TRES MILLONI	ES N	OVECIENTOS	CINCUENTA Y OCI	HO MIL SEISCIENTO	S PESOS	CON CERO CE	NTAVOS *	** ***	3,958,600.00
La presente factur servicios a entera			e compraventa se asir					3). El contratante dectara h	aber recibido los
1	Firma		Land J. J. Friend	2007194-8		FECHA: 21	1 o Fig	ne yo (Acha persona está au la morma te mercancia. Acep	 ,
consecutivo ON(	<b>CF14</b>	6567 al ONCF2	ión Electrónica Dia 00000. Proveedor t 20-6cdf9f661767	n N° 187 <del>6</del> 4022346823 ecnológico: The Facto	3 del 03/12	/20 <b>2</b> /CaP03/T2/	2023.Vigenč	da 24 meses, Prefijo O Software: TFHKA_CO9	NCF del 6 00390126
Form	a de	Pago:Creditc	Medio (	de Pago: Transferenci	a Electrónio	ca		Plazo: 30 Días	NCF del 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

# MINISTRIAD DE LA PROYECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SE RVICIOS DE SALUD MUNERO AUTORIZACION MED. (151391) Trigon: Unité

	The state of the s	n tonso st	A thoint Millionick	ere e
ENTITIED RESPONSASS	LE LEUPAGO ASQUACIÓN INDIQUAS POLITAÇÃO E ESTA	Conign (	Ersios	7
DECRMACION DEL PRE	FETADOR (Autonicida)	or cil	*(6.14 (£.38)	7
franco and factoria			Mintere	
16/April 9014 1830 11	Description del Prestados, CAL E 42 104 36 PARENO LOS LACIALLES		AND CONTRACTOR SELECTION OF THE PROPERTY OF TH	
10 M/200 3 17 /3 1435 Do	er karantari da kamandari da kamandari da kamandari da kamandari da kamandari da kamandari da kamandari da kam	स्थापकर्यक्रमास्य पर्दे ≛इ TMQNI	ERIA 801	=
هرمهم ومحارث مستحد ومناها ومناها ومراها ومناها والمناها والمناول	والمقرسين وأرب ميريكي والمراب والم	m	EDIANA ALTA COMPLEJIO	
	DATOR DEL PACIENTE			
NAMES OF THE PARTY	TURE 1ERIODA	Ro	and the second s	
Turvipelido	2tio Apolitico ter Resn	المتعان وخصصت من السلسا	2do Hondes	<del>,</del>
Han Documenta da Ider		67581		•
[7] Begisha Ukil	to the contract of the contra	sevanta da brantific	38890 SHAS	
🔲 र बहुत्व र एक दिश्वकारीया	[7] radius car ( catalania)	žen men	suasidio (ora).	
. [3] Céduly de Chaladant:	fri Kalana One Islaminian - Mar	S Hacombalia	MORAUDAD SUBSIDIK	ř.
130 Geelon da Rusklangia k		<del></del>	Tellimo	}
Salar anning ( may again to relate and recovery or party)	to because where the second control of the s	EL BAGRE	250	
Yelélben Celular	Carreo Electronica	Carried on the same of the same		77.
وي وجود من المنظم المنظ	SERVICIOS AUTORIZADOS	· Anna Per de de description de la financia del financia del financia de la finan		
} <del></del> -		<del></del>		7
	i dennente de la soliente de la Onterización	<del> </del>	CARA EL	-7
[ ] Unpendas _ mini [ ]	Hospilnii zación Servicia	مروعهما والرابي بالمستسان		_i
Aronosi Integer County Conte	b) does			Τ,
Códlgọ CUPS Cantidad	6 Destripción		Especialidad	
092505	PG (TERAMA ALTHERMASICA EL ALTA TÓXICIDAD			
NUMERO DE SOUTH	Fig. 3. Control 1995.	921410.01	Horo: 2:09	
	PAGOS COMPAR IDOS		ا ما در المحمد معاصمه هم و در المحمد المحمد المحمد و الم	식.
Porcentaje del valor de los	s servicion da asta uniorización a paper per la constal recoverantela cel princi		119)	
Sumanus de chladike del		os liquida, bario e		
Recaude tiel prestache		5 (2)	or Missing (Topol an 112505	
	Const Modelatols	60/10		- i .
	Cuola do Recupanción	News News	The second second	
	TANTONMACTION GET A DEBOTION CHE AUTON	s=ne-tdi		7
Manne de hulan galariya:	<del>and his and the secretary and the first termination of the first of t</del>		- Andreas of the control of the second section of the second seco	1
EIDA VINDRADE		دونورسه ومیکند به دونونو دونورسه	ه ده و دو ده دو د که بیده کنید و دو کیا میان و دو دو دو دو دو دو دو دو دو دو دو دو د	
Cargo of applied	Telatonic Calus ar	त्या पर्वे भारतीय क्षानिकृष्टि वर्ष के हिस्सी भारतीय है । जुने क्षानिकृष्टि वर्ष के		]
	The second of th	e di salah salah salah Cali		1
(10π) U4/10/2021 - SE AU	ITORIZA MEDICAMENTOS PUS parasi Dagrasio, a ANLICAC	-71 <u>5</u>		
				1
				1
				$\mathbf{J}_{ij}$
renildah	Jahr aydon din soʻshdo na nahon a finnansi	Giuda .		<b>3</b> 2
4 - 1/1/( O.Q / )	Solo valida un la IPN autoriradi	and the state of t	Service Contract	
Firma del Paciente	society administration of various of	DMSAX A A		
是分子是是"是"的			<b>表现在是一种主义</b> 的	
341.5 89	74561		的表演的人名英	
		<b>经有效的基本</b>		je j
是多数2000年,中国校第670年前 1967年在1968年2月17日中	대한 경험 등 환경 기본 환경 전환 경험 등록 한 경험 이 경험을 받았다. 그 경 대한 제한 경험 시간 등록 한 경험을 보고 있는 것이 되었다. 기본 전환 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본 기본			
就是这种的。 14	体表面的复数形式形式 化二甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基	1.4	(1) (4) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	. T. S.



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód, Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION FISÓ 2 TI NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autometenedores. No estemos Exentos de retención en te fuente



# Factura Electronica de Venta ONCF156363

######################################	og, Mabiinagi	ол: 230010084901	<u> </u>	cuonica u	e venta ONCE 150	SUS BURNETHANK
Identificación: Ni	90141836		PS - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Valida	ción: 3.ENE.2022 15:4 ción: 3.ENE.2022 15:4
Teléfono:						ento: 2.FEB.2022
E-Mail: utse	umeicol.aice	epsi2020@gmait.com				esde: 11.DIC.2021
No. Contrato:			Tipo Contrato:Evento	Otro	l	asta: 24.DIC.2021
Código ERP:					Responsable:UNION TEM	PORAL SUMEICOL IPS
		A KAREN LICETH			No. Ac	lmisión: 0100598091
	O PIEDRAS	Tipo Doc.: Ti BLANCAS NO TIENE POLO MARTINEZ	Teléfono NOMENCLATURA - ANTIOQUIA	: 3117047996 A	No. Poliza; No. Autorización: 264	4
Código	Descripció					Valor Total
Area Funcional:	02	QUIMIOTÉRAPIA	1			
14	MATERIA	LES E INSUMOS				51,023.00
15		ENTOS POS				2,825,974.00
10	MEDICAN	LN1031 03				2,020,874.00
					Subtotal Area >>>	2 072 007 00
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACI	ON PISO 2 T1		Suntotal Alea >>>	2,876,997.00
daa t micionai.	บอ	HOSHIALIZAGI	ON FIGURE 1			
05	PROCEDI	MIENTOS DE MEDICI	NA TRANSFUSIONAL Y BANCO	DE SANGRE		468,200.00
13	SERVICIO	S DE APOYO EN LA	ATENCION DE SALUD			3,044,400.00
14	MATERIA	LES E INSUMOS				783,560.00
15	MEDICAM	ENTOS POS				2,047,132.00
19		ORIO CLINICO				271,000.00
99	QUIMIOTE					374,800.00
00	QOMINOTE	iva ira				374,000.00
					Subtotal Area >>>	6,989,092.00
Area Funcional:	15	UCI ADULTO INT	TENSIVO PISO 4 T1		***************************************	0,505,052.00
01		GENERALES				636,000.00
63			Y PROCEDIMIENTOS DIAGNO	SHCOS		552,370.00
19		ORIO CLINICO				45,200.00
99	QUIMIOTE	RAPIA				332,600.00
					Subtotal Area >>>	1,566,170.00
rea Funcionat:	16	CIRUGIA				
• 14	MATERIAL	LES E INSUMOS				94,503.00
15		ENTOS POS				26,790.00
10	INEDIO (III	2.11,001.00				20,790.00
			·		Subtotal Area >>>	424 202 00
Area Funcional:	70	HOSPITALIZACI	ON 8180 5 T2		Submidi Nied PPP	121,293.00
	• •					
01	CIRUGIAS	GENERALES				2,850,000.00
		Local Co. (1) (1) (1) (1)	A standard of Manager Parks and a second of the property of the second o		Subtotal Area >>>	2,650,000.00
			1477	OR SERVIC	ios:	14,203,552.00
			VAL			
				LOR COPAG	OS:	0.00
				LOR COPAG		
			VA VALOR PAGO	LOR COPAG	DO:	0.00



servicios a entera satisfacción.

Firma

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

#### Factura Electronica de Venta ONCF156363



Cód. Habititación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 3.ENE.2022 15:41 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 3,ENE,2022 15:46 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 2.FEB.2022 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmait.com Cubre Desde: 11.DIC.2021 Hasta: 24.DIC.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento

Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100598091 Tipo Doc.; Ti No. Doc.: 1040499859 Teléfono: 3117047998 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIQQUIA No. Poliza:

Médico: JAIME ALFONSO POLO MARTINEZ No. Autorización: 2644

Código Descripción Valor Total TOTĂL

14,203,552.00 La presente factura electrónica de venta de compravente se asimita en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los

CATORCE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\*

ace constar que la firma distinta al sona está autorizada para firmar y Afiliado:

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 atta 12/2023.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:76e9cc8c3321bab5ba41ffcbc153d0ba327a18a60317c1671c41324fa246<u>8c4df1a27035810b0d0bb</u>b

CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

11/12/2022 5:09:52 p. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios Mo.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

2932

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

7/08/2007 Edad: 14 ciños, 5 meses y 4 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato: '524 MODALIDAD EVENTO

Preslador del Servicio

在2014年的1916年的1916年的1916年

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT

Telélono: 7854344

**ESTANCIAS** 

10A001

Dirección y Teléfono:

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

AISLAMIENTO)

Total Servicios:

THE PROPERTY OF THE PROPERTY O

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó

Finna Paciente



#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

4/0]/2022 11:56:08 a.m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Orden de Servicios No.

2882

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 anos, 4 meses y 28 días

Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: 

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Telefono: 7854344

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

399902 RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE

2,650,000,00

2.650,000,00

Total Servicios:

days of

2.650,000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Auloriza

MONICA FAJAILDO ARGEL

firma Realizó



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 15/12/2021 5:28:57 p. m.

Usuario: II 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

2644

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 9 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

**524 MODAUDAD EVENTO** Prestador del Servicio

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: **发展的政府的联系的** 

CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

2013年18月2日 1913年 1 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirargicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

04

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) 033101

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó



#### UNION TEMPORAL SUMERCOLIPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 21/12/2021 10:19:30 a.m.

2749

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Confralo: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898002

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 549013 RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL NCOC +

03

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quiturgicos 992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

Orden de Servicios No.

er combilities squamo

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 15 clías

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza :

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Hima Paciente



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

fecha Orden

7/12/2021 15:11:10

Usuario: 11 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora; EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Confrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

7/08/2007 Edad : 14 años, 4 meses y 0 dias Nit 81700) 773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239961

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

MEDICAMENTOS PBS + APLICACION DE MEDICAMENOS

Total Servicios:

ROGER EDVARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO

Firma Realizó

Finna Paciente

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód, Habilitación: 230010094901

LABORATORIO CLINICO

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

# Factura Electronica de Venta ONCF155708

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 30.DIC.2021 12:23 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 30.DIC.2021 12:23 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 29.ENE.2022 Teléfono: Cubre Desde:24.NOV.2021 E-Mail: utsumeicot.aicepsi2020@gmail.com Hasta:24,NOV.2021 Otro Tipo Contrato: Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Gódigo ERP: No. Admisión: 0100593038 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teléfono: 3205342149 Tipo Doc.: Ti No. Doc.: 1039654124 No. Poliza: Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Autorización: 2166 Médico: 0 Valor Total Descripción Código Area Funcional: LABORATORIO CLINICO 16,300,00 LABORATORIO CLINICO Subtotal Area >>> 16,300.00 16,300.00 VALOR SERVICIOS: 0.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: 0.00 16,300.00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL CUFE;238af8238b58b70e45e62fa37eb51206373ec59b4ad26e4f2e959 16,300.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta al comprador supona que dicha persona está autorizada para firmar y Afiliado: Firma Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2023 GIBSI 12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Clintos

# ADRES



### ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afillados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1039654124
NOMBRES	WILLER
APELLIDOS	JUMI SAPIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	MURINDO

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	SUBSIDIADO	19/06/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/24/2021 08:15:21 Estación de origen: 192,168,70,220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aciara que la Facha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicía la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora blen, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novadad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aciara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarlos.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

**IMPRIMIR CERRAR VENTANA** 

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 8\* # 72-34 ED. IMAT 7864344 Montería - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

енцияна С	6d. Habilitación: 230010094901	Factura .	Electronica d	A ABUITA CIACL 1919	0.0 国际经济经济经验
identificación: NE Dirección: CL Teléfono:	ION TEMPORAL SUMEICOL IPS 901418364-1 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - Mo umeicol.alcepsi2020@gmail.com	ONTERIA - CORDOBA		Fecha Validack Fecha Vencimien Cubre Desc	de: 6.NOV.2021
No. Contrato:	٢	po Contrato:Evento	Otro	Responsable; UNION TEMP	da: 6.NOV.2021
Código ERP:	ADE IA CARDIEL ANCEL				nisión: 0100588150
No. Doc.: 3602386 Dirección: CALIMA	AREJA GABRIEL ANGEL 5 Tipo Doc.: CC 1 ZARAGOZA - ZARAGOZA ANTONIO ALVAREZ ALMANZA	Telé	fono: 3137391976?	No. Poliza: No. Autorización: 1920	Maion. 0100300130
Código	Descripción				Valor Total
Area Funcional:	66 UNIDAD ENDOSCO	PIA PISO 2 T2	• •		
01	CIRUGIAS GENERALES				5,830,000.00
(				Subtotal Area >>>	5,830,000.00
	<del></del>	,	VALOR SERVICI	OS;	5,830,000.00
			VALOR COPAG	OS:	0.00
		VALOR PA	AGO COMPARTII		0.00
			ALOR DESCUEN		0.00
			R TOTAL FACTU		5,830,000.00
TOTAL					
CINCO MILLONES	OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESO	S CON CERO CENTAV	OS **** **** **** ****	. 6866 3684 8 <del>84</del> 4 48 <del>4</del>	5,830,000.00
La presente factura ele servicios a entera satisi	ctrónica de venta de compraventa se asimila facción	en sus efectos a una tetra d	le cambio (artículo 5 Ley	1231 de 2008). El contralante deci	lara haber recibido los
Afiliado:	Vendedor: IMAT ONCOMED Nit. 812.007 194	DICA	star que la firma distinta al c sear la deuda COTURACH NIT. S	omerado, supore traj (CA) persona es natura i Rasa Como me la mercancia 101418364 - 7 . O ( - 2	t <b>á</b> autorizada pera firmer y . Acepto esta factura.
Firm			FEURINGE L	A Company	
consecutivo ONCF14	pión de Facturación Electrónica Dian N 16567 al ONCF200000. Proveedor teor 2-144e-4b66-b720-6cd/9f661767	l' 18764022346823 del di sológico: The Factory HK	RECIBE:	023.Vigencia 24 meses, Prefi 390126-6 Software: TFHKA_0	jo ONCF del CO900390126

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

CUFE:07778d551533ecff626c5e502dccd030185488c36c26ba826f582689243de1b086919b1815fe36eee06f7c1

Forma de Pago:Credito



Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 4/11/2021 15:58:23

Usuario: i.C. 3602386 RUA PAREJA GABRIEL ANGEL

Orden de Servicios No.

1952

Dir y Te1: 1.ALLE 1 № 4-50 239968

Administrationa: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

24/09/1947 Edad: 74 años, 1 meses y 10 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contralo:

524 MODALIDAD EVENTO

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Prestacion del Servicio Dirección y Teléfono:

CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS 511000 COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD

5,830,000.00

5,830,000.00

**Total Servicios:** 

5,830,000.00

Quien Auloriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 2/11/2021 15:58:18

Usuario: CC 3602386 RUA PAREJA GABRIEL ANGEL

Orden de Servicios No.

1920

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

24/09/1947 Edad: 74 años, 1 meses y 8 días

Administractora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996!

Prestador del Servicio

524 MODALIDAD EVENTO

INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono:

Cl. 72 & A 87 Teléfono: 3146303459

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

511000 COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD

1

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\*#72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

230010094901	<u> Factura Electro</u>	<u>onica de ve</u>	FILLA CINCE 100	EOE WESCHEROS
1	ERIA - CORDOBA	•	Fecha Valida Fecha Vencimia	ción: 6.ENE.2022 16:02 ción: 6.ENE.2022 16:02 ento: 5.FEB.2022
2020@gmail.com			· '	sde: 4.ENE.2022
Tipo (	Contrato:Evento	Otro Res	l	PORAL SUMEICOL IPS
			No. Ac	lmisión: 0100604025
Tipo Doc.: TI UITADOLLANA - MURINDO		05342149	No. Poliza: No. Autorización: 533	80895
				Valor Total
QUIMIOTERAPIA				
TOS NO POS				5,633,555.00  5,633,555.00  5,633,555.00  0.00  0.00  5,633,555.00
·		Su	ototal Area >>>	5,633,555.00
	VALOR	SERVICIOS:		5,633,555.00
	VALOR COPAGOS:			0.00
	••			0.00
	VALOR DESCUENTO:			0.00
	VALOR TOTA	L FACTURA:		5,633,555.00
L				
***** **** **** **** **** *				5,633,555.00
de compraventa se asimila en s	sus efectos a una letra de cambio (	artículo 5 Ley 1231	de 2008). El contralante d	eclara haber recibido los
			UMEICOR	a actá outorizada para fumar v
	OJCA CACT	NKYCIO MATA	Récibi conforme la mercan	5,633,555.00 ectara haber recibido los a está eutorizeda para firmar y cita. Acepto esta factura.  refijo ONCF del A_CO900390126
Firma	FE	SHIP!		
•	9764022346923 del 03/12/38	CAPN3/12/2023	Vinencia 24 meses. Pr	etiin ONCE del
	RAL SUMEICOL IPS 1 R LOS I AURELES - MONT 2020@gmail.com Tipo C R Tipo Doc.: TI PUITADOLLANA - MURINDO DJAS RUIZ QUIMIOTERAPIA PUITOS NO POS  TREINTA Y TRES MIL QU de compraventa se asimila en s Vendedor: IMAT QNCOMEI NIL 12 007 19	RAL SUMEICOL IPS  R LOS I AURELES - MONTERIA - CORDOBA  2020@gmail.com  Tipo Contrato:Evento  Tipo Doc.: TI  CUITADOLLANA - MURINDO  COJAS RUIZ  QUIMIOTERAPIA  TOS NO POS  VALOR  VALOR  VALOR D  VALOR TOTA  STREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CI  de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (  Vendedor:  IMAT QNCOMEDICA  NITURA 2012 194-8  Firma	RAL SUMEICOL IPS  REDOS I AURELES - MONTERIA - CORDOBA  2020@gmail.com  Tipo Contrato:Evento Otro Res  R Tipo Doc.: TI DUITADOLLANA - MURINDO DIAS RUIZ  QUIMIOTERAPIA  TOS NO POS  VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR TOTAL FACTURA:  STREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CO  de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231  Vendedor: IMAT ONCOMEDICA NITURAL DO LA 194-8  Firma  Firma	Fecha General Fecha Vencimia Cubre De Historia distinta al compraventa se astmila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008).

# Trazabilidad de la Prescripción

Fecha Directionamiento (AAAA/M/M/DD) 2021-12-31 Nro. Prescripción 20211231140032401540

DATOO DEL DISTORADO									
	DATOS DEL PRESTADOR	<u> </u>	<u> </u>		经基础的 大学 医基础区 医医囊囊				
- 1	ombre Prestador de Servicios en S NCOMEDICA S.A.	भंपत्र:		Documento de Identificación: Código de Habilitación: 812007194 230010094901					
ŀ	rección: RA 6 # 72-34	Teléfono; 7854344		Departamento: CORDOBA	Municipio: MONTERIA				
-	DATOS DEL PACIENTE	·							
	ombre (let Paciente: MI SAPIA WILLE⊞			Documento de identificación: RC 1039654124	Ambito Alanción: Hospitalario - internación				
•	agnóstico Principat: 910-Leucemia linfoblastica aguda (LL	Al		Numero Historia Clínica: 1039654124	Usuarlo Régimen:				
	PI FESIONAL TRATANTE								
Nombre: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ				Documento de Identificación: CC 33378491	Registro Profesional: 09508				
ļ	DATOS DE LA TECNOLOGÍ	A O SERVICIO	. :						
	cnología o Servicio Prescrito: EGASPARGASA] 750Ul/Iml			Tipo de Tecnologia: Medicamento	Cantidad Prescrita:				
	o. Prescripción: 211231140032401540	· ·		Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC					
: '	NEORMACIÓN REPORTES								
	ntrega Hospitalaria Reporte			Entrega					
No Entrega: 1 Id 69469665 Id : 69469665				5					

Id Entrega: 53380895

Tecnología Entregada: 20105447-01

Total: St Cantidad Entregada: 1 Fecah de Entrega; 2022-01-04

Dispensado por: Zamira Maria Cogollo Cordero

ld Reporte Entrega: 51124526 Valor Entrega: \$ 5633555

Entrega Reportada por: Zamira Maria Cogolio Cordero

#### Reporte Factura

ld: 34230469

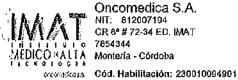
ld Facturación; 36734040

Asociación Indigena del CAUCA - AIC

No. Factura: 1b7477f086fd3b90b6919820a3b755800832eda00f2a3b3e5a3d829111f822603200b97fef7d00337605f6790470878b

Valor Facturado: 5633555 Cirola Moderadora: 0 Copago: 0

Factura Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF158298

econtesta e	ou. Habilitacio	1: 230010094901	[ raci	tura Elei	ctronica c	ie venta c	NACL 1907A	
		RAL SUMEICOL IPS				I *		: 6.ENE.2022 16:28
Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA							recna validación echa Vencimiento	: 6.ENE.2022 16:3: · 5.EEB 2022
raterono:								: 29.DIC.2021
								6.ENE.2022
No. Contrato: Tij Código ERP:			ipo Contrato:Ever	nto	Otro	Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IP		
Paciente: JUMI S					No. Admis	sión: 0100602412		
No. Doc.: 103965		Tipo Doc.: Ti QUITADOLLANA - MUR	INDO	Teléfono:	3205342149	xt.	o. Poliza:	
Médico: LLIANIS	S CARABALLO	O FLOREZ	HADO				n Poliza: Prización: 2742	
Código	Descripción							Valor Total
Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA						
14	MATERIALE	S E INSUMOS						29,846.00
15	MEDICAME	NTOS POS			•			4,787,213.00
<i>!</i>							•	. ,
٠						Subtotal Are	9a >>>	4,817,059.00
Area Funcional:	07	URGENCIAS						
03	3 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIÁGNOSTICOS							39,600.00
14	MATERIALE	S E INSUMOS						10,665.00
19	LABORATO	RIO CLINICO						178,400.00
								110,400.00
						Subtotal Are	a >>>	228,665.00
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION	PISO 2 T1				•	
01	CIRUGIAS C	BENERALES						318,000.00
03	CONSULTA		407,641.00					
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD							2,462,500.00
14	MATERIALE	S E INSUMOS		•				446,530.00
15	MEDIÇAMEI	NTOS POS						1,096,329.00
19	LABORATO	RIO CLINICO						161,400.00
. 99	QUIMIOTER	APIA						557,900.00
`							,	
Avaa Funalanali	40	ÓIDHOLA				Subtotal Are	a >>>	5,450,300.00
Area Functonal:	16	CIRUGIA						
19	LABORATO	RIO CLINICO						24,900.00
			,			Subtotal Are	a >>>	24,900.00
	VALOR				OR SERVICE	OS:		24,900.00 24,900.00 10,520,924.00 0.00
	VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO:					OS:		0.00
							0.00	
				VALOR DESCUENTO:				0.00
			W	A1.00.TO:	TAL FACTU	го A .		10,520,924.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

# Eastura Elastronias da Vanta ONCE159209

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

oreaxing. Con Habilitacion:	230010084801 E	actura Ele	ctronica de	Venta UNCF (30280)	回线或指数数据			
Nombre Cliente: UNION TEMPOF Identificación: NIT 901418364- Dirección: CL 42 10 A 36 BRI Teléfono:	Fecha Generación: 6 Fecha Validación: 6 Fecha Vencimiento: 5	ENE.2022 16:33						
E-Mail: utsumeicol.aicepsi:	2020@gmail.com			Cubre Desde; 29	9.DIC,2021 .ENE,2022			
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato	:Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL				
Paciente: JUMI SAPIA WILLEF No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQ Médico: LLIANIS CARABALLO	Tipo Doc.; T! UITADOLLANA - MURINDO	Teléfono:	3205342149	No. Admisió No. Poliza: No. Autorización: 2742	n: 0100602412			
Código Descripción					Valor Total			
DIEZ MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS **** **** 10,520,924.00								
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asímila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.								
Afiliado: Firma	Vendedor: IMAY ONCOMEDICA NIV 1/12.004 V/14-8 Firma	Se hace conster quecibir, confesar la	ie la firma distinta al co deuda y obligar al con FACTURAT.	moretti i sus de a que orcha persona esté auto Office, general corrome la mercancia. Acept 30	rizada para firmar y o esta factura.			
Habilitación Numeración de Facturad consecutivo ONCF146567 al ONCF2 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b7	200000. Proveedor tecnológico: The		/2021 a <b>k@//</b> 12/20					
Forma de Pago: Credito	Medio de Pago: Transi	ferencia Electróni	ca	Plazo: 30 Días				

2224-1 COUIGO, 7014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 .

MONTERIA - CORDOBA

7/01/2022

5:40:29 p. m.

Usuarlo: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

. Orden de Servicios No.

2915

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 19 días Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996i

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dírección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

ESTANCIAS

10A001

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

1411. 701310304-1 COGIGO; YUT4183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

4/01/2022 2:59:01 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

2893

Dir y Tel; CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato:

19/06/2014 Edad : 7 años, 6 meses y 17 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

. 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 

60 ESTANCIAS

.10A001

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza

Firma Realizó

UNION TEMPORAL SUMFICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 4/01/2022 5:25:00 p.m.

Úsvario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

20

2913

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 19 días Nif 817001773-3 CALLE I № 4-50 Teléfono 23996I

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898103

ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA +

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) 033101

03

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL 992502

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 21/12/2021. 5:22:44 p.m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

2742

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO 19/06/2014 Edad : 7 años, 6 meses y 2 días

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344 Nit 817001773-3 CALLE 1 No 4-50 Teléfono 239961

THE EXPERIMENTAL PROPERTY OF THE PROPERTY OF T PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502

QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

992505

POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

MEDICAMENTOS PBS + APLICACION

Total Servictos:

Quien Autoriza

<u>Monica fajardo argei</u>

Firma Realizó



**UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS** 

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 21/12/2021 5:23:25 p.m.

2743

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Dir y Tel : CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicto

ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Telélono: 7854344 

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

**Total Servicios:** 

Orden de Servicios No.

19/06/2014 Edad : 7 años, 6 meses y 2 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Quien Autoriza

MONICA FAJ

Firma Realizó

Firma Pacienie

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 63 # 72-34 ED. IMAT 7854344 <sup>∉</sup>ÁLÍA Montería - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

да ( холо я в А усстыжны. Со́д, Habilitación: 230010084901	Factura Electror	nica de Venta ONCF158831 🏙 🧱
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEIC Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURI		Fecha Generación: 7.ENE.2022 14 Fecha Validación: 7.ENE.2022 14 Fecha Vencimiento: 6.FEB.2022
Teléfono: E-Mail: utsumelcol.aicepsi2020@gmail.	com	Cubre Desde: 6.ENE.2022
No. Contrato:	Tipo Contrato:Evento O	tro Hasta: 6,ENE.2022  Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL II
Código ERP:		No. Admisión: 01006039
Paciente: PADILLA SOTO NALFY No. Doc.: 1045144777 Tipo Do Dirección: CALLE 1 Nº 4-50-B/ LA ESMERALI Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF	c.: CC Teléfono: 3159 DA - ZARAGOZA	
Código Descripción		Valor Tot
Area Funcional: 66 UNIDAD EI  01 CIRUGIAS GENERALES	NDOSCOPIA PISO 2 T2	5,830,000.0
•		Subtotal Area >>> 5,830,000.0
	VALOR S	ERVICIOS: 5,830,000.0
	VALOR (	COPAGOS: 0.0
	VALOR PAGO COM	MPARTIDO: 0.0
	VALOR DES	
	VALOR TOTAL	FACTURA: 5,830,000.0
CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA	MIL PESOS CON CERO CENTAVOS **** ****	5,830,000.0
La presente factura electrónica de venta de compravent servicios a entera satisfacción.	a se asimila en sus efectos a una letra de cambio (art	culo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los
Afillado: Vendedor:	Se hace constar que la firma recibir, confesar la deuda y	a distinta al comprador supone que dicha persone está autorizada para fumar y obtigar al contratante, Recibi contrata e para ancia. Acepto esta factura.

ilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 Vigenicia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombis 1979 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareiD: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661787

Forma de Pago:Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Firma

Plazo: 30 Días

CUFE:d4eba24cf9b47642e2f9065f808e78f7b2cdd5bbe68e21fba7ca7a1c92196ce29c3c30080ca4fd9d6f908b2t



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 31/12/2021 4:23:04 p. m.

Usuarlo: CC 1045144777 PADILLA SOTO NALFY

Orden de Servicios No.

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

2899

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

17/11/1997 Edað: 24 años, 1 meses y 19 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996I

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador det Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Teléfono: 7854344

Dirección y Teléfono: PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

511000 COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

518500

ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD

VALOR \$5,830,000 BAJO COTIZACION

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza :

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

filma Pacienie



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344

Monteria - Córdoba

### **HOSPITALIZACION PISO 5 T2**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF159314 Cód, Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 8.ENE.2022 12:39 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 8.ENE.2022 13:00 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 7.FEB.2022 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 16.OCT, 2021 Hasta: 19.OCT.2021 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: PEÑA MENDOZA CARMELA No. Admisión: 0100582900 Teléfono: 3148044959 No. Doc.: 42654448 Tipo Doc.: CC Dirección: VEREDA CANIME - ARBOLETES No. Poliza: Médico: KATTERYN JOHANA MACHADO CALLEJAS No. Autorización: Descripción Valor Total Código Area Functional: **URGENCIAS** LABORATORIO CLINICO 128,500.00 Subtotal Area >>> 128,500.00 Area Funcional: **HOSPITALIZACION PISO 5 T2** CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 118,800.00 13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 507,400.00 MATERIALES E INSUMOS 75.323.00 14 **MEDICAMENTOS POS** 178,029.00 LABORATORIO CLINICO 337,600.00 Subtotal Area >>> 1,217,152.00 Area Funcional: HOSPITALIZACION PISO 3 T1 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13 253,700.00 Subtotal Area >>> 253,700.00 VALOR SERVICIOS: 1,599,352.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 1,599,352,00 CUFE:fd60265930dca097 UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS 1,599,352.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma **II Ajmayal pe**mprados supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al **sa rescibil DN-DI soguitata lo par**cancia. Acepto esta factura.

NIT. 90144996 Afiliado: RECIBE:

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dían N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023.√igenciá 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferência Electrónica

Plazo: 30 Olas

70 LAMAYAV Clintos COPIA 3 Pág. No.: 1

UPICE SZYLYET

# Re: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A

Autorizaciones epsi AIC < autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>

dom 17/10/2021 6:45 a.m.

Para:urgencias <urgencias@imatoncomedica.com>;

I archivos adjuntos (14 KB)

CARMELA PEÑA MENDOZA4,PDF;

CARMELA PEÑA MENDOZA



AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI

CELULAR: 316-868-2825

El dom, 17 oct 2021 a las 6:32, urgencias (<<u>urgencias@imatoncomedica.com</u>>) escribió:

De: urgencias

Enviado: domingo, 17 de octubre de 2021 6:11 a.m.

Para: autorizacionutsumeicol@gmail.com; autorizacionessrcr@aicsalud.org.co; siau.utsumeicol@gmail.com

Asunto: RV: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A

19/1/22 15:40

# Re: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A.

Autorizaciones epsi AIC < autorizacionessrcr@aicsafud.org.co >

dom 17/10/2021 6:45 am.

Para:urgencias <urgencias@imatoncomedica.com>;

(9 1 archivos adjuntos (14 KB) CARMELA PEÑA MENDOZA4.PDF;

CARMELA PEÑA MENDOZA



AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI

CELULAR: 316-863-2325

El dom, 17 oct 2021 a las 6:32, urgencias (<<u>urgencias@imatoncomedica.com</u>>) escribíó:

De: urgencias

Enviado: domingo, 17 de octubre de 2021 6:11 a.m.

Para: <u>autorizacionutsumeicol@gmail.com; autorizacionessrcr@aicsaiud.org.co; siau.utsumeicol@gmail.com</u>

Asunto: RV: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A

Enviado: domingo, 17 de octubre de 2021 5:50 a. m.

Para: <u>autorizacionutsumeicol@gmail.com; autorizacionessrcr@aicsalud.org.co; siau.utsumeicol@gmail.com</u>

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A

Buenos dias.

SEÑORES

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Adjunto envió anexo N°3 + Historia clínica del paciente CARMELA PEÑA MENDOZA Identificada con CCN°42.654.448 De manera atenta me permito solicitar a ustedes autorización de **Hospitalización** CUPS**10A002** a partir del dia 16 de octubre de 2021.

Gracias.

Ψ₩

Jaiver Espitia Rodríguez Asistente De Cuentas Medicas



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud:

Fecha

20/10/2021

Hora:

23:51

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Entidad a la que se informa (Pagador) :

Teléfono:

7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código:

0100582900

SOLICITANTE

Fecha de nacimiento : 21/01/1948

Nombre

No. Admisión:

CARMELA PEÑA MENDOZA

Tipo documento:

CC

Número:

42654448

Dirección:

Dpto:

VEREDA CANIME

Zona:

Prioridad Atención :

Teléfono: 3148044959

(05) ANTIOQUIA

Cittdad: (051) ARBOLETES

U

Clase Afiliación;

ΝV

Localidad:

Origen de la atención :

**ENFERMEDAD GENERAL** 

Ubicacion:

HOSPITALIZACION

NV

Código CUPS

Cantidad

516A

Descripción servicio

10A002

Cama:

3

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de

Justificación clínica

Dx. Principal;

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION DEL DIA 17 AL 19 DE OCTUBRE DEL AÑO 2021.ADJUNTO HISTORIA

CLINICA

K922

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Dx, Relacionado 1:

D649

ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO

Dx. Relacionado 2;

1500

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Dx. Relacionado 3:

Solicita:

**JESPITIAR** 

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono:

7854344

Celular :

3205439470

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 EO. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cod. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 5 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorcelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

### Factura Electronica de Venta ONCF159855

Identificación: NI	NION TEMPORAL SUMEICOL IPS T 901418364-1 - 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MON	ITERIA - CORDOBA			Fecha Valida	ación: 11.ENE.2022 16:11 ación: 11.ENE.2022 16:12 iento: 10.FEB.2022
•	sumeicol.aicepsi2020@gmail.com					esde: 8.SEP.2021 lasta: 12.SEP.2021
No Contrato: Código ERP:	Tipo	Contrato:Evento	Otro	Responsab		MPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: CORR	EA ALEMAN OSCAR			<b>-</b>		dmisión: 0100571306
	108 Tipo Doc.: CC N 18 56 LOMA FRESCA - CAUCASIA CARLOS PADILLA LORA	Tel <b>éi</b> ono:	3148575849		lo. Poliza: torización: 384	
Código	Descripción			D) T1		Valor Total
Area Funcional:	16 CIRUGIA					
. 01	CIRUGIAS GENERALES					9,010,000.00
	•-			Subtotal A	rea >>>	9,010,000.00
Area Funcional:	70 HOSPITALIZACION PI	SO 5 T2				-,-,-,,-
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PRO	DOEDIMIENTOS DIAGNOS	TICOS			500 105 00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABI		ncos			598,405.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATEN					89,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS	OION DE GALOD				651,300.00
15	MEDICAMENTOS POS					255,593.00
19	LABORATORIO CLINICO					1,289,633.00 393,800.00
21	GASES MEDICINALES					30,240.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS					329,500.00
				Subtotal A	rea >>>	3,637,671.00
		VALC	R SERVICIO	DS:		12,647,671.00
	· <del>-</del>		OR COPAGO			0.00
		VALOR PAGO				0.00
•	<u>-</u>		DESCUENT		<del></del>	0.00
	<u>.</u>		TAL FACTUR			12,647,671.00
TOTAL						12/01/100
DOCE MILLONES S CENTAVOS "" ""	SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL	SEISCIENTOS SETENTA	Y UN PESOS C	ON CERO		12,647,671.00
La presente factura eler servicios a entera satisf	ctrónica de venta de compraventa se asimita en facción.	sus efectos a una letra de camb	io (artículo 5 Ley 1	231 de 2008).	El contratante de	eciara haber recibido los
Atiliado:	Repreder Onco	Se hace constar que recibir, confesar la de	ta firma <b>FAGTU</b> suda y obligar al con FECHA: RECIBÉ	MIT. 967278	PSUMEICON	eciara haber recibido los está autorizada para firmar y da. Acepto esta factura.
Firma	—··			4 1-Hurs		<b>-</b>
onsecutivo ONCF14	tión de Facturación. Electrónica <b>b</b> ian N° 1 l6567 al ONCF200000. Proveedor tecnoló 2-144e-4566-5720-6cdf9f661767	18764022346823 del 03/12/2 ógico: The Factory HKA Cold	2021 al 03/12/20 ombia NIT: 9003	)23.Vigen¢ia 190126-6/Sof	24 meses, Pre tware: TFHKA	efijo ONCF del _CO900390126

70

Forma de Pago; Credito

YDORIAN

Clintos

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

COPIA 3

Pág. No.: 1

Plazo: 30 Días



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3835228

Fecha: 04/09/2021

1.... 4.11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGE	Hora: 21:34:35
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NA DEL CAUCA CODIGO EPSI03
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☑ 901418364
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 3	C C Número
Teléfono 3137764435 Departemento CORDOBA	November (Company)
Correo: ulsumeicol.aícepsl2020@gmail.cor Confrato: 524-2021	28世界學家 Municiplo MONTERIA DOLLERS
	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
CORREA ALEMAN	TOS DEL PACIENTE
1er Apellido 2do Apellido	OSCAR
i ipo Bocumento de identificación	1er Nombre 2do Nombre
Registro Civit	15303408
larjeta de Identidad Adulto Sin Mande	dula de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Cédula de Ciudadanía Menor Sin identificación	
	14/04/1953 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual CAUCASIA	
Peperlamento ANTIOQUIA	Teléfono  OSTREE Municipio CALICASIA (Septembrie)
Teléfono Celular Correo Electrónico	
SERVI	CIOS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorio.	
Consulta Externa Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIO	
Urgencias HOSPITALIZACI	ON Cania
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDAE	DES MEDICAS Especialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	
	Fecha: 2021-09-04 Hora: 21:34 DS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la elemanas de afiliación del pagionte el la la la la la la la la la la la la la	33 COMPARTIDOS
lemanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	enlidad responsable del pago % 100
	O Reclamo de Ilquele, bono o vale de pago
Cuola Moderadora	pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
Copago	
Cuota de Recuperación	0.00 \$ 0.00 \$
Otro	
INFORMACION DE	LA PERSONA QUE AUTORIZA
	Teléfono
ORIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	
argo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Calular;
FOM 04/09/2021	
ORDEN VALIDA PARA	
149501 1 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOT	OMIAS VIO SURACIONUNITEDIM
	OMINIO TO MUNICIPALITIVOS
•	
<del></del>	
Esta ordé)	n de servicio es única e intransferible
Firma del Paciente Solo	velida en la IFS autorizada

Solo velida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3842976

Fecha: 09/09/2021

Bora: 10:46:10

ENTIDAD RESPONSAB	<del></del>		L
ENTITIOND RESPONSAB	LE DEL PAGO ASOCIACIO	N INDIGENA DEL CAUC	A CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PR		<u> </u>	
Nombre UNION TEMPO			NIT 2 901418364
Código 9014183641	Dirección del Prestador CALLE	42.404.20.04.001.01	CC Número
Teléfono 3137764435 D			
	Peparlamento CORDOB: psi2020@gmail.cor Contrato: 524-2	T-Y-Salk-Bill	Municipio MONTERIA DOVERNI UNITE
adires. Districtionalice	psizozo@gniaii.tor Contrato: 524-7		ECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
CORREA		DATOS DEL PAC	The state of the s
1er Apellido	ALEMAN	OSCAR	
Tipo Documento de ide	2do Apellid Potificación	0	1er Nombre 2do Nombre
Registro Civil	Pasaporte	Cédula de Extra	15303408
☐ ( >la de  dentidad	Adulto Sin Identificació		TO COCCUTE TO THE THE TOTAL
☑ Cuaula de Ciudadani	la 🔲 Menor Sin Iden(ificació	in:	14/04/1953 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia	Habilual CAUCASIA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Departamento ANTI	OQUIA	0810000	Teléfono    Teléfono   Teléfono     Teléfono
Teléfono Celular	Correo E	Electrónico	Municipio CAUCASIA 1617
		SERVICIOS AUTOR	RIZADOS
Ublcación del paciente a	I momento de la solicitud de la autori		
Consulta Externa	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	TALIZACION	
Urgencias		<u> </u>	Cama DO
Maneje Integral Según Gu Código CUPS Cantidad	ía de: i Descripción		
			Br. I Al A
849501	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MIN	TIPLE: OSTEOTOMAN OF	Especialidad
	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MUL	TIPLE: OSTEOTOMIAS OF	ESPECIALIDAD JUACION INTERNA (DISP DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR TII
NUMERO DE SOLIC	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MUL		IJACION INTERNA (DISP DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR TII Fecha: 2021-09-09 Hors: 10:46
NUMERO DE SOLIC	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MUL ITUD ORIGEN: 1	PAGOS COMPAR	UACION INTERNA (DISP DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR TII Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46 TIDOS
NUMERO DE SOLIC	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULITUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pa	PAGOS COMPAR	Fecha: 2021-09-09 Hora: 10:46 TIDOS TIBOS
NUMERO DE SOLIC  Porcenteje del valor de lo  Semanas de afiliación del	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MUL ITUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pa I paciente a la solicitud de la autoriza	PAGOS COMPAR gar por la entidad respoi	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reclamo de liquete, bono o vale de pago
NUMERO DE SOLIC  Porcenteje del valor de lo  Semanas de afiliación del	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MUL ITUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pa I paciente a la solicitud de la autoriza Concepto	PAGOS COMPAR	Fecha: 2021-09-09 Hora: 10:46 TIDOS TIBOS
NUMERO DE SOLIC Porcentaje del valor de lo Semanas de afiliación del Recaudo del prestador	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULITUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago	PAGOS COMPAR gar por la entidad respoi	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reclamo de fiquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
NUMERO DE SOLIC Porcenteje del valor de lo Semanas de afiliación del Recaudo del prestador	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación	PAGOS COMPAR gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reclamo de liquete, bono o vale de pago
NUMERO DE SOLIC Porcentaje del valor de lo Semanas de afiliación del Recaudo del prestador	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULITUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Otro	PAGOS COMPAR gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reclamo de fiquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
NUMERO DE SOLIC  Porcenteje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Otro	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respon  ción 0  Vator en pesos  0.00 \$	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reciamo de liquete, bono o vale de pago  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  A QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcenteje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador  (	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULITUD ORIGEN: 1  s servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto Cuota Moderadora Copago Cuota de Recuperación Olro INFORM	PAGOS COMPAR gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reciamo de liquete, bono o vale de pago  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  A QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcenteje del valor de lo Semanas de afiliación del Recaudo del prestador  (  Nombre de quien autoriza DIANA CAROLINA PAZ (	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcentaje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador  (  Numbre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ C  Cargo o actividad: ATEN	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  Reciamo de liquete, bono o vale de pago  Porcentaje (%)  Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  A QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcentaje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador   Numbre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ C  Cargo o actividad: ATEN	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcentaje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador   Numbre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ C  Cargo o actividad: ATEN	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA
Porcentaje del valor de lo Semanas de afiliación del Recaudo del prestador	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcentaje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador  (  Numbre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ C  Cargo o actividad: ATEN	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA
NUMERO DE SOLIC  Porcentaje del valor de lo  Semanas de afiliación del  Recaudo del prestador  (  Numbre de quien autoriza  DIANA CAROLINA PAZ C  Cargo o actividad: ATEN	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTUD ORIGEN: 1  Is servicios de esta autorización a pal paciente a la solicitud de la autoriza Concepto  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación Otro  INFORM	PAGOS COMPAR  gar por la entidad respoi ción 0 Vator en pesos 0.00 \$  ACION DE LA PERSON	Fecha: 2021-09-09 Hore: 10:46  TIDOS  resable del pago % 100  Reclamo de liquete, bono o vale de pago Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$  IA QUE AUTORIZA

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



# UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

09/09/2021 11:47:55 a.m.

Fecha Orden

Usuario: CC 15303408 CORREA ALEMAN OSCAR

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

1117

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

14/04/1953 Edad: 68 años, 4 meses y 25 días Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS Y/O FIJACION INTERNA

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó

Firma Paciente

Cód. Habilitación: 230010094901

IMAGENOLOGIA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

# Factura Electronica de Venta ONCF160170

Fecha Generación: 12.ENE.2022 11:28 nha Validación: 12.ENE,2022-11:41

Teléfono:					Fecha Generación: 12.ENE.2022 11: Fecha Validación: 12.ENE.2022 11: Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022 Cubre Desde: 12.ENE.2022		
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2  No. Contrato: Código ERP:		o Contrato:Even	ato Otro		lasta: 12.ENE.2022		
Paciente: ROMERO SERPA KA No. Doc.: 1040499859 Dirección: BARRIO PIEDRAS BLA Médico: FABIO JAVIER MOLINA	Tipo Doc.: Ti NCAS NO TIENE NOM	ENCLATURA - A	Teléfono: 3117047996wap ANTIOQUIA N	Cons No. Poliza: o. Autorización: 29			
Código Descripción	IMAGENOLOGIA				Valor Tota		
Area Funcional: 08 03 CONSULTA N	IONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTO	S DIAGNOSTICOS		110,000.00		
			Subto	otal Area >>>	110,000.00		
.,		. <u> </u>	VALOR SERVICIOS:	į	110,000.00		
:			VALOR COPAGOS:		0.00		
		VALO	OR PAGO COMPARTIDO:		0.00		
	ţ		VALOR DESCUENTO:		0.00		
	`	V	ALOR TOTAL FACTURA:		110,000.00		
CIENTO DIEZ MIL PESOS CON CI	ERO CENTAVOS	**** **** ****	* **** **** **** **** **** ****	448£ 60\$6 ####	110,000.00		
La presente factura electrônica de venta e servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimila e	en sus efectos a un	na fetra de cembio (antículo 5 Ley 1231 de	2008). El contratante	declara haber recibido los		
Afiliado:  Firma  Lucilitación Numeración de Facturac  consecutivo ONCF148567 al ONCF2  SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b	ción Electrónica Dian N° 200000. Proveedor tecno	T U T O DE ALTA  Oncomedico s. 6  187640223468	123 del 03/12/2021 aF08/12/2023 VI	UT SUME COURTS	refiio ONCF del		
Forma de Pago: Credito		ago: Transferen	cla Electrónica	Plazo: 30 Días	3		

CUFE:dea3d947e917c690d4796e53e04371f749639a54d463a34c29d88e70eb72d20a5545690595933ddc64e74eb92e3dba4a

Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CÓRDOBA

11/01/2022

2:40:44 p. m.

Usuario: II 1040499859 ROMERO SERPAKAREN LICETH

Orden de Servicios No.

**Total Servicios:** 

2926

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

**治法不识抗的和加强的医疗特别**亚

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

7/08/2007 Edad: 14 años, 5 meses y 4 días Nii 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA & # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

Ligaria (167)

CONSULTAS 890352

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA

100,000,00

100.000,00

HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

100,000,00

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

Firma Pactente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fugula.

# Eactura Electronica de Venta ONCF160241

, excession	Cod. Habilitacion:	230010084901		ICIAI E LIVO	TOITION NO	7 0 11 10			
łdentificación: N Dirección: C	JIT 901418364-1	RAL SUMEICOL IPS I R LOS LAURELES - MO	NTERIA - CO	ORDOBA			Fecha Generación Fecha Validación Fecha Vencimiento	r	14:00 0:00
Teléfono: E-Mail: u	itsumelcol.aicepsi	2020@gmail.com				ľ		:22.OCT.2021	}
No. Contrato:	•		o Contrato:E	vento	Otro	l		::22,OCT.2021	
Código ERP:	_				F	Responsal	OPMET NOINU:eld	<del></del>	_
	EZ ANAYA MAR			Taléfana (	3105036768		No. Admi	sión: 010058	
No. Doc.: 3499 Dirección: CLL.:	1 N.4-50 MONTER	Tipo Doc.: CC RIA - MONTERIA		Telefono.	3103030700		No. Poliza: utorización: 1421		
Médico: GUS	TAVO ANDRES D	NAZ NESSIF				1NO. A	HUNZACION: 1-721	Valor 1	Total
Código	Descripción	UNIDAD ENDOSCOP	IA PISO 2 TO	·	<del>-</del>				
Area Funcional:		ESOFAGOGASTRO			ON O SIN BIOPS	SIA	Valor Servic	lo Qx	
<u>Cirugia</u> 441	1302C		DOODLING	(00) IX [E00] o	o,, o o 2727 -			3,790.00	•
	39004	Grupo 06					. 16	3,807.00	
t .	39208	Grupo 06 GRUPOS 04 - 05	ne				4	5,500.00	
,	39302 )1 CIRUGIAS GI		- 00					363,097	7.00
						Subtotal	Area >>>	363,097	7.00
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			<u> </u>	VALO	R SERVICIO	S:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	363,097	7.00
			ļ	VALO	OR COPAGO	S:		(	00.0
			· v/	ALOR PAGO	COMPARTIDO	O:			00.0
				VALOR	DESCUENT	<u>0: ·        </u>			0.00
				VALOR TOT	TAL FACTUR	Ä:		363,09	7.00
TOTAL	<u>.                                    </u>			ALL ASSES ASSIST	·	**** ****	****		
**** **** **** ***	***** **** **** **	S MIL NOVENTA Y SIET	** **** 1112					363,09	7.00
La presente factura servicios a entera s	electrónica de vanta atisfacción.	de compraventa se asimila	en sus <del>efectos</del>	·			<u> </u>	·-	
Afiliado:		Vendedor:	ICA + *	Se hace constar que recibir, confesar la de F	ta firma distinta al com auda y obligar al con ACTURAT. 9014	01	#160Acha persona est l'echiorma la marcancia.	á autorizada para firr Acepto esta factura.	nary
		1 300 012 0076196	1.0 Page.	F	ECHA:	1 Clien	a Libert		
Habilitación Nume consecutivo ONC	eración de Factura F146567 al ONCF	ición Electrónica Dian N 200000. Proveedor tecn 720-6cd/9/661767	P 187640223	pt. 46823 del 03/12/2 Factory HKA Colo	2021 al 03/12/20: ombia NIT: 9003	23:Vigen 90126-6	ia 24 meses, Prefij Software: TFHKA_C	ONCF del 0900390126	-
	de Pago: Credito		Pago: Transfe	erencia Electrónic	a		Plazo: 30 Días		
								•	

COPIA 3



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 23/09/2021 16:55:56

· Usuario: CC 34998154 LOPEZ ANAYA MARIA CLARIBEL

Orden de Servicios No.

1421

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

15/12/1959 Edad: 61 años, 9 meses y 29 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996I

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA & # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA IEGDJ CON O SIN BIOPSIA

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó

160241



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 O"ALIA Montería - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de ratanción en la fuente

Cód, Habilitación: 23	0010094901	Factu	ıra El <u>ect</u>	<u>ronica de Ve</u>	enta ONCF1602	53 智慧 建筑
Nombre Cliente: UNION TEMPORA Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: GL 42 10 A 36 BRR I Teléfono:	OS LAURELES - MON	ITERIA - CORDO	OBA		Fecha Validaci Fecha Vencimier	ón:12.ENE.2022 14:14 ón:12.ENE.2022 14:16 nto:11.FEB.2022 de:23.OCT.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi20	20@gmail.com					ola:23.OCT.2021
No. Contrato; Código ERP:	Típo	Contrato:Event	o .	Olro Res	ponsable:UNION TEMP	
Paciente: JIMENEZ PEREZ CRI	STINA ROSA				No. Adr	nisión: 0100584459 -
No. Doc.: 34974480 Dirección: CLL.1 N.4-50 ARBOLETI Médico: GUSTAVO ANDRES DIA	Tipo Doc.: CC ES ANTIOQUIA - ARBO	DLETES	Teléfono: 2		No. Poliza: No. Autorización: 1695	9 ye
Código Descripción						Valor Total
Wind ( ditaining)	UNIDAÓ ENDOSCOPIA				Valor Servi	
Cirugia 452301C	COLONOSCOPIA TO	DTAL				309,270.00
39008	Grupo 10				•	304,018.00
39212	Grupo 10				`	45,500.00
39304 01 CIRUGIAS GEN	GRUPOS 10 - 11	- 12 - 13	•			658,788.00
	-			Sut	ototal Area >>>	658,788.00
			VALO	R SERVICIOS:		658,788.00
	-	***	VALC	R COPAGOS:		0.00
		VALO		OMPARTIDO:		0.00
		47120		DESCUENTO:		0.00
	į			AL FACTURA:		658,788.00
TOTAL						
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCH	O MIL SETECIENTOS	OCHENTA Y OC	CHO PESOS	CON CERO CENTA	AVOS **** ****	658,788.00
La presente factura electrónica de venta de servicios a entera satisfacción.	compraventa se asimila e			_		sol obidiana recibido los
	Vendedor:	4.8		FECHA 2	tor superior 12400 lersona de la company de la mercanci de la company de la mercanci de la company d	
dabilitación Numeración de Facturaci consecutivo ONCF146567 al ONCF20 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b73	)0000, Proveedor tecno	1876402234682 lógico: The Fact	23 del 03/12/2 ory HKA Colo	021 al 03/12/2023.\	vigencia 24 meses, Pre 26-6 Software: TFHKA_	fijo ONCF del CO900390126
Forma de Pago:Credito	Medio de Pa	ago: Transferenc	cia Electrónica	ı	Plazo; 30 Días	
						i i



### **UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS**

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Jougnay

Fecha Orden 16/10/2021 17:33:54

Usuario: CC 34974480 JIMENEZ PEREZ CRISTINA ROSA

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Confrato: **524 MODALIDAD EVENTO**  Orden de Servicios No.

1695

24/07/1958 Edad: 63 años, 2 meses y 23 días Nit 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A. CRA 6 # 72-34 ED. IMAY

Teléfono: 7854344

a veranida (h. 1840). Britania (h. 1861).

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

452301

**COLONOSCOPIA TOTAL** 

Total Servicios:

Quien Autoriza

Flima Realizó



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NT: aud380126-6 Software: TFHKA_CC900390126	occasiona Cód. Habilitación:	230010094901	Factura Ele	<u>ctronica d</u>	e venta ONCI-10020	11 回复数多种的次数数数
No. Contrato: Código ERP: Paciente: GALVAN SANCHEZ ELOISA SARAMI No. Doc: 13823657 Tipo Doc: CC Tipo Doc: CC Teléfono: 3137764435 No. Doc: 33823657 Dirección: SAN JUAN DE URABA. SAN JUAN DE URABA Médico: CUSTAVO AMDRES DIAZ NESSIF  Código Descripción Area Funcional: 66 UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2 Circuita 482301C COLONOSCOPIA TOTAL  Signal Grupo 10 339212 Grupo 10 339212 Grupo 10 339304 GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13 3304 GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13 45,500.00 01 CIRUGIAS GENERALES  VALOR SERVICIOS: 658,788.00  VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00  TOTAL  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHIENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS  La presente factura electrónica do venta de compraventa se astinita en sus efectos a una letra de cambito (artículo 5 Ley 1231 de 2008), El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Firma  Firma  Firma  Firma  Firma  Teléfono: 3137764435 No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 0100566746 No. Poliza: No. Admisión: 0100566746 No. Admisión: 010056746 No. Admisión: 0100566746 No. Admi	identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRF Teléfono:	   LOS LAURELES - MON	ITERIA - CORDOBA	-	Fecha Validación Fecha Vencimiento	. 0:00 : 11.FEB,2022
Codigo ERP:  Paciente: GAL VAN SANCHEZ ELOISA SARAMI No. Doc: 43823657 Tipo Doc: CC Teléfono: 3137764435 No. Podiza: No. Admisión: 0100586746 No. Doc: 43823657 Tipo Doc: CC Teléfono: 3137764435 No. Podiza: No. Autorización: 1822  Código Descripción Vator Total Area Funcional: 66 Citrudia 482301C COLONOSCOPIA PISO 2 T2 Grupo 10 39212 Grupo 10 39212 Grupo 10 39304 GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13 45,500.00 01 CIRUGIAS GENERALES  VALOR SERVICIOS: 658,788.00  VALOR SERVICIOS: 658,788.00  VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00  VALOR DESCUENTO: 0.00  VALOR TOTAL FACTURA: 658,788.00  TOTAL  La presente factura electrónica de venía de compraventa se astinila en sus efectos a una latra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratam declara haber recibido los .  Affilado:  Vendedor:  Serios Serios de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratam declara haber recibido los .  Firma  Firma  Firma  Firma  Firma  Firma  Responsable:UNION TEMPOROS NO. Admisión: 0100586745 No. Admisión: 010058674 No. Admisión: 010058674 No. Admisi	E Man. dadinalana			Oten	Hasta	: 2,NQV.2021
Paciente: GALVAN SANCHEZ ELOISA SARAMI		Tipo	Contrato:Evento	Otro	Responsable:UNION TEMPOR	RAL SUMEICOL IPS
Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA Médico: CUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF No. Autorización: 1822  Cédigo Descripción Vator Total  Area Funcional: 66 UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2  Circula 462301C COLONOSCOPIA TOTAL Valor Servicio Qx 39008 Grupo 10 304,018.00 39212 Grupo 10 304,018.00 01 CIRUGIAS GENERALES 658,788.00  CIRUGIAS GENERALES 658,788.00  VALOR SERVICIOS: 658,788.00  VALOR SERVICIOS: 658,788.00  VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00  VALOR DESCUENTO: 0.00  VALOR TOTAL FACTURA: 658,788.00  TOTAL  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SENCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ***  FINAL CINCUMEDICA **  Senace cocatar que la firma distriba el comprador secona que que perpendene entra autorizada para firmar y receivir, confesser la deucia y obligar al congruencia general autorizada para firmar y receivir, confesser la deucia y obligar al congruencia general autorizada para firmar y receivir, confesser la deucia y obligar al congruencia general gene					No. Admis	sión: 0100586745
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	Dirección: SAN JUAN DE URABA	- SAN JUAN DE URABA		313//64435		
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	Código Descripción					Valor Total
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	<u> </u>	UNIDAD ENDOSCOPIA	A PISO 2 T2			
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	Cirugia 452301C	COLONOSCOPIA TO	OTAL			o Qx
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	<del></del>	Grupo 10			309	3,270.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	39212	•			304	1,018.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	· ·	•	- 12 - 13		45	5,500.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC				•		658,788.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC	;	_	,		Subtotal Area >>>	658,788.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC		· ·	VAL	OR SERVICI	OS:	658,788.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC			VA	LOR COPAG	OS:	0.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC				,		0.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC		ļ		~		0.00
SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS ****  La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.  Afillado:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  Vendedor:  FACTUNIT. 901418364-1  NIT. 901418364-1  FECHA LEGIDA  FEC		-		•		658,788.00
	TOTAL					
	SEISCIENTOS CINCUENTA Y OC	HO MIL SETECIENTOS	OCHENTA Y OCHO PESC	OS CON CERO C	CENTAVOS **** ****	658,788.00
	La presente factura electrónica de venta servicios a entera satisfacción.					a haber recibido los .
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dían N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023.Visiencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767  Forma de Pago:Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días	Firme	l Firms		FECHA:	11.901418301 272 21 JFilma 1 14	
Forma de Pago:Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días	consecutivo ONCF146567 al ONCF2	200000. Proveedor tecnol	18764022346823 del 03/1: lógico: The Factory HKA C	2/2021 al 03/12/2 olombia NIT: 900	2023.Vigència 24 meses, Prefijo 3390126-6 Software: TFHKA_CC	ONCF del 0900390126
	Forma de Pago: Credito	Medio de Pa	ago: Transferencia Electrón	ica	Plazo: 30 Días	



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 25/10/2021 8:43:45

Usuario: CC 43823657 GALVAN SANCHEZ ELOISA SARAMI

Orden de Servicios No.

1822

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

2/07/1977 Edad: 44 años, 3 meses y 23 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996!

Prestador del Servicio Dirección y řeléfono:

Sing Profiles

ONCOMEDICA S.A.

CRA & # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

452302

Contrato:

COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON EQUIPO FLEXIBLE +

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

Firma Realizó

m. Galvan

Firma Paciente

160261

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES • Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF160391

Identificación; NI Dirección; CL Teléfono:	NION TEMPORAL SUMEICOL I IT 901418364-1 L 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES sumeicol.aicepsi2020@gmail.com		<u> </u>	Fecha Val Fecha Venci	eración: 12.ENE.2022 16:05 idación: 12.ENE.2022 16:06 imiento: 11.FEB.2022
No. Contrato:	aumaicol.aicapaizozo@ginaii.com	Y 0		Cubre	Desde: 5.ENE.2022 Hasta: 7.ENE.2022
Código ERP:		Tipo Contrato:Evento	Otro	Responsable: INION TI	EMPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: DIAZ	OSORIO LUIS ALFREDO	·	·	— ··——- ——	Admisión: 0100603704
No. Doc.: 103809 Dirección: VERED Médico: JOSE (	97665 Tipo Doc.: TI DA EL TIGRE 1 - CAUCASIA CARLOS PADILLA LORA	Te	léfono: 3113642751	No. Poliza; No. Autorización:	Administration 1000003704
Código	Descripción				Valor Total
Area Funcional:	73 HOSPITALIZACIO	ON PISO 4 T2		<u> </u>	
03	CONSULTA MONITORIZACION	Y PROCEDIMIENTOS DIA	AGNOSTICOS		204 000 00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA				391,905.00
. 14	MATERIALES E INSUMOS				478,000.00 \$
15	MEDICAMENTOS POS				50,510.00
19	LABORATORIO CLINICO				390,214.00
					18,000.00 ද
			<del></del> -	Subtotal Area >>>	1,328,629.00
	•	"	VALOR SERVICIO	S'	1,328,629.00
			VALOR COPAGO		1,020,029.00
		VALOR P	AGO COMPARTID		00.0 
			ALOR DESCUENT	· _ · · · _ · · · _ · · · _ · · · · _ ·	0.00
		<del></del>	R TOTAL FACTUR		1,328,629.00
TOTAL	<u>,</u>	·		·	
		**** **** **** **** *	·		1,328,629.00
a presente factura elec servicios a entera satisf	cirónica de venta de compraventa se asim acción.	ila en sus efectos a una letra	de cambio (artículo 5 Ley 12	31 de 2008). El contratante	declara haper recipido (os
Affiliado:	Vendedor:	ALLA TO	nstar que la lima di type de son esar la deuda y obligar la comic FECHA; O C	2 - 2 Z	fd4815
Firma	1400 0 1 1 1 1 1 1 1 1			/ Firma	919
MISSCRIEGO OLFOL, 140	ión de Facturación Electrónica Dian 6567 al ONCF200000. Proveedor te 2-144e-4b66-b720-6cd/9f861767	N° 18764022346823 del cnológico: The Factory Hi	03/12/2021 al 03/12/202 (A Colombia NIT: 90039	3.Vigencia 24 meses, P. 0126-6 Software: TFHK	CUFE:7086b2e3412b2a160
Forma de F	Pago:Gredito Medio de	Pago: Transferencia Ele	ctrónica	Plazo: 30 Días	08662
					CUFE:7



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud:

Fecha

08/01/2022

Hora:

17:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código: Teléfono: 230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Entidad a la que se informa (Pagador):

7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

SOLICITANTE

Código:

No. Admisión :

0100603704.

Fecha de nacimiento :

28/04/2005

Nombre

Dirección :

LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO

Número:

1038097665

Tipo documento:

VEREDA EL TIGRE 1

Teléfono: 3113642751

Dpto:

(05) ANTIOQUIA

Ciudad: (154) CAUCASIA Zona:

Clase Afiliación:

NV

Localidad:

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Ubleacion:

HOSPITALIZACION

Cama:

Código CUPS

407

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención iniciat de Prioridad Atención: Descripción servicio

10A002

Cantidad

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN BIPERSONAL

Justificación clinica

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL DIA 06 DE ENERO DE 2022, ADJUNTO SOPORTES,

Dx. Principal:

J942

**HEMOTORAX** 

Dx. Relacionado 1:

Dx. Relacionado 2:

Dx. Relacionado 3:

Solicita:

BESCOBARR

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Telélono:

7854344

Celular:



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud:

8

Fecha

05/01/2022

Hora:

17:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Entidad a la que se informa (Pagador) :

Teléfono:

7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código:

0100603704

SOLICITANTE

Fecha de nacimiento :

26/04/2005

Nombre

LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO

Tipo documento:

No. Admisión:

Número:

1038097665

Dirección:

VEREDA EL TIGRE 1

Teléfono: 3113642751

Opto:

(05) ANTIOQUIA

Ciudad: (154) CAUCASIA

R

Clase Afiliación:

ΝV

Localidad:

Origen de la atención

ENFERMEDAD GENERAL

Ubicacion:

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de Prioridad Atención:

HOSPITALIZACION

Zona:

NV

Código CUPS

407

Contidad

Descripción servicio

10A002

Cama:

INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación clínica

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION A PARTIR DEL DÍA 05 DE ENERO DE 2021, ADJUNTO HISTORIA CLÍNICA

Dx. Principal:

J942

HEMOTORAX

Dx. Relacionado 1:

Dx. Refacionado 2:

Dx. Relacionado 3 :

Solicila:

MMORENOM

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfano :

7854344

Celular :



### AREA ADMINISTRATIVA GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

### FORMATO DE COTIZACIÓN

CÓDIGO: FR-AD-GCM-009 FECHA DE APROBACIÓN VERSIÓN: 002

FECHA	. 06/01/2022				
CLIENTE	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	TARIFA	PR	OPIA	
NOMBRE D	LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO	I.D.	and the second s		
				. Series 2.1 78 	
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAL	VR. UNIT	VR, TOTA	
890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRA	X 1	\$ 110,000	\$110.00	
890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVOS	1	\$ 110.000	\$110.00	
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	LISTA 1	\$ 110.000	\$110.00	
ON:	TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS MONEDA LEGAL	.,	Ve PRUTO	£000 000	
-	THE THE PROPERTY OF THE PROPER	····	Vr.BRUTO COOPAGO	\$330,000	
<u> </u>	MARANARIA .	<u> </u>	PAGO COMPARTIDO		
	In Gestion de Cuentas Modicas		VALOR TOTAL	\$330,000	

Coordinador de Gestion de Cuentas Medicas

Oncomedica S.A. 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF162110

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 18.ENE.2022 16:31 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 19.ENE.2022 9:17 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 17.FEB.2022 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 7.ENE.2022 Hasta: 12,ENE.2022 No. Contrato: Otro Tipo Contrato:Evento Código ERP: Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Paciente: MECHA EVAO MILLER No. Admisión: 0100604308 No. Doc.: 1042735301 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3127800817 Dirección: VIGIA DEL FUERTE - COMUNIDAD SALAO - VIGIA DEL FUERTE No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: Código Descripción Valor Total Area Funcional: HOSPITALIZACION PISO 2 T1 09 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 104,000.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 03 61,700.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 837,900.00 14 MATERIALES E INSUMOS 497,122.00 **MEDICAMENTOS POS** 15 1,184,687.00 LABORATORIO CLINICO 127,200.00 Subtotal Area >>> 2,812,609.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 **Area Funcional:** 68 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 579,400.00 MATERIALES E INSUMOS 14 276,767,00 15 MEDICAMENTOS POS 222,540.00 **GASES MEDICINALES** 93,394.00 Subtotal Area >>> 1,172,101.00 VALOR SERVICIOS: 3.984,710.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 3,984,710.00 TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* SUFE:31ebc63d7d8fd7 3,984,710.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. FICOL Ilicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distri-Afiliado: mercancia. Acepto esta factura.

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud:

Fecha

13/01/2022

Hora:

00:11

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

: TIM

. 812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Teléfono:

7854344

Entidad a la que se informa (Pagador) :

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código:

SOLICITANTE

No. Admisión:

Tipo documento:

0100604308

Fecha de nacimiento:

05/11/2020

Nombre

MILLER MECHA EVAO

Número:

1042735301

Dirección :

VIGIA DEL FUERTE - COMUNIDAD SALAO

Teléfono: 3127800817

Dplo:

(05) ANTIOQUIA

Ciudad;

(873) VIGIA DEL FUERTE

Zona:

Clase Afiliación:

R

Localidad:

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Ubicacion:

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de Prioridad Atención:

**UCI PEDIATRICA** 

N۷

Codigo CUPS

Cantidad

Descripción servicio

10A001

Cama:

2

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Justificación clinica

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE ESTANCIAS HOSPITALARIA DE LOS DIAS 11 Y 12 DE ENERO 2022

Dx. Principal:

E440

DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA

Dx. Relacionado 1:

Dx. Relacionado 2:

Dx. Relacionado 3:

Solicila:

YAYALAV

Cargo : .

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono:

7854344

Celular:

3205439470

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6" # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorratenadores. No estamos Exentos de retención en la fuenta

CUFE:08ea2b8ab6a8712938a035bab9770daf2b7521d5641157b62901cbdf04d99c99f3129549b83c739ef2e91a36c6523eb8

### Eactura Electronica de Vente ONCE162646

окоческию Сол. Навії	tación: 230010094901	Factu	ra Electronica de \	<u>/enta ONC</u>	F163646 音影響	
Teléfono:	8364-1 36 BRR LOS LAURELES - I		BA	Fech	Generación: 22.ENE. 202 a Validación: 22.ENE. 202 Vencimiento: 21.FEB. 202	2 8:18
E-Mail: utsumeicol.a	iícepsi2020@gmail.com	į		c	ubre Desde: 5.ENE.202	_
No. Contrato: Código ERP:		Tipo Contrato:Evento	Otro		Hasta: 5,ENE.202	2
Paciente: VARGAS DE A No. Doc.: 22160127 Dirección: k 17 n 12-35 b/ l Médico: ROBERTO CAR			Teléfono: 3215500024	No. Poli		99506
Código Descrip Area Funcional: 01	ción CONSULTA EXTE				Valor	r Total
03 CONSU	JLTA MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS I		ubtotal Area :>>	34,06	
·-·-			VALOR SERVICIOS	<u> </u>	34,06	
			VALOR COPAGOS			0.00
		VALOR	PAGO COMPARTIDO:			0.00
			VALOR DESCUENTO:			0.00
		VAL	OR TOTAL FACTURA:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	34,06	0.00
TOTAL TREINTA Y CUATRO MIL SI	SENTA PESOS CON CER	O CENTAVOS **** **	***** **** **** **** **** ****	* 1117 TITE TITE	34,06	0.00
La presente factura electrónica de servicios a entera satisfacción.	venta de compraventa se asimi	la en sus efectos a una le	tra de camblo (artículo 5 Ley 1231	de 2008). El contr	atante declara haber recibido	los
Afiliado:	Vendedor: 1	7 PE 3 A		2 - 2 Z 2 - 2 Z	persona está autorizada para fir a mercancia. Acepto esta factura.	mar y
Firma	Fjima		RECIBE:	- rima		j
abilitación Numeración de Fa onsecutivo ONCF146567 al C	cturación Electrónica Dian NCF200000. Provaedor tec	N° 18764022346823 o nológico: The Factory	del 03/12/2021 al 03/12/2023. HKA Colombia NIT: 9003901	Vigencia 24 mes 126-6 Software:	ses, Prefijo ONCF del TFHKA_CO900390126	

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Piazo: 30 Dias



### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

29/12/2021 9:08:44 a.m.

Usuario: CC 22160127 VARGAS DE ARTEAGA OLGA MARIA

Orden de Servicios No.

2814

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

28/09/1935 Edad: 86 años, 3 meses y 1 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

The property of the second second second second second second second second second second second second second

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAY Teléfono: 7854344

	XXX
Canlidad Vilinitatio Sub feigli	263
	1733 b

CONSULTAS 01

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y 890239

100,000,00

100,000,00

ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Total Servicios:

100,000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF164088

Nerabre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cod. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección, Ct. 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

No. Contrato:

Gádigo ERP:

E-Mail, utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 22.ENE.2022 12:55 Fecha Validación: 22.ENE. 2022 12:59

Fecha Vencimiento: 21.FEB.2022

Cubre Desde: 21.SEP.2021 Hasta:26.OCT.2021

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100575580

Pacients: DOMICO DOMICO DIDIER

No. Doc. 1038818373 Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD DE SANDO CHIGORODO - CHIGORODO

Médico ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Teléfono: 3205510232

No. Poliza:

No. Autorización: 3864781

Código Area Funcional: Descripción

CIRUGIA

MATERIALES É INSUMOS

LABORATORIO CLINICO

330,922,00

231,800.00

Valor Total

459101C <u>Cirugia</u>

ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA

**ABIERTA** 

39007

39107

Grupo 09 Grupo 09

39120

Grupo 09

CIRUGIAS GENERALES

Valor Servicio Qx

125,600.00

71,800.00

34,300.00

231,700.00

Cirugia

544104C

545001C

OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA

Valor Servicio Qx

125,600.00

71.800.00

251,200.00

143,700.00

68,700.00

415,300,00

195,300.00

34,300.00

231,700.00

2,100,322.00

3,180,000.00

2,127,605.00

1,591,000.00 13,773,300.00

10,267,251.00

14.906.895.00

4,092,050.00

2,331,770.00

1,692,300.00

329,500.00

788,515.00

56190e58bda22ddf68b271d62f051df7d6f2824a37bc137e1f81f70a54e1cf059e75d399fe8c99l

39007

39107

Grupo 09 Grupo 09 Grupo 09

39120 CIRUGIAS GENERALES

Valor Servicio Qx

<u>Cirugia</u>

39007

Grupo 09 Grupo 09 39107

39120

Grupo 09

39211

Grupo 09

39303

GRUPOS 07 - 08 - 09

CIRUGIAS GENERALES

1,074,200.00

Area Funcional:

68

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA

LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA

01 02

CIRUGIAS GENERALES

IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13 MATERIALES E INSUMOS 14

MEDICAMENTOS POS

LABORATORIO CLINICO GASES MEDICINALES

RESONANCIA 26

TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

55,080,186.00

Area Funcional:

73

UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

YDORIAN Clintos COPIA 3

Pág. No.: 1



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 4 T2** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res, 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



### Factura Electronica de Venta ONCF164088

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 22.ENE.2022 12:55 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 22.ENE.2022 12:59 Dirección, Cl. 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 21.FEB.2022 Teléfono: Cubre Desde: 21.SEP.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta:26.OCT.2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato:Evento Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: DOMICO DOMICO DIDIER No. Admisión: 0100575580 No. Doc.: 1038818373 Tipo Doc.: Ti Teléfono: 3205510232 Dirección: COMUNIDAD DE SANDO CHIGORODO - CHIGORODO No. Poliza: No. Autorización: 3864781 Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR Código Descripción Vaior Total LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA MATERIALES E INSUMOS 1,568,507.00 15 MEDICAMENTOS POS 110,856.00 LABORATORIO CLINICO 219,200.00 Subtotal Area >>> 1.898,563.00 HOSPITALIZACION PISO 4 T2 Area Funcional: 73 LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA CIRUGIAS GENERALES 318,000.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 2,356,300.00 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION 137,200.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 4,342,000.00 MATERIALES E INSUMOS 1,728,851.00 14 MEDICAMENTOS POS 15 4,635,467,00 19 LABORATORIO CLINICO 418,200.00 QUIMIOTERAPIA 166,300.00 Subtotal Area >>> 14,102,318.00 VALOR SERVICIOS: 73,181,389.00 VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00VALOR DESCUENTO: 0.00 VALOR TOTAL FACTURA: 73,181,389.00 TOTAL SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON CERO 73,181,389.00 CENTAVOS 3177 2411 6141 1656 2461 4156 4232 6862 2848 8666 6866 6866 6866 E:eda5cd12a1 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción 6460 b persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinta al c Afiliado Ve. ndedori

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023, Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146667 al ONCF200000. Proveduor tecnológico: The Factory HKA Colombia NiT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Firma

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

fma



Firma del Paciente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3007105

Fecha: 07/10/2021

Hora: 21:54:27

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PA	AGO ASOCIACION INDIGENA DI	EL CAUCA	. CODIGO EPSIO	)3
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)		NIT 🖸 90141	9764
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			CC Númei	<del></del>
Código 9014183641 Direcció	on del Presiador GALLE 42 10A 36 BAF	RRIO LOS LAURE		
Teléfono 3137764435 Departamen	do CORDOBA	20 Mu	nicipio MONTERIA	0014
Correo: utsumeicol.ajcepsi2020@g	gmail.cor Contrato: 524-2021	RECUPER	ACION DE LA SALUD MEDIANA	A Y ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS	DEL PACIENTE		
DOMICO	DOMICO	DIDIER		
1er Apellido	2do Apellido	16	er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	า	Γ	1038818373	
Registro Civil	Pasaporte Cédula	de Extranjería N	lo Documento de Identificación	Edad
Tarjeta de Identidad	Adulto Sin Identificación	Г		SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadanía	Menor Sin Identificación	L. Fe	04/02/2014 echa de Nacimtento	MODALIDAD SUBSIDIO
	CHIGORODO			Telèfono
Departemento ANTIOQUIA I	1	05' Mu	inicipio CHIGORODO	172
Teléfono Celular	Correo Electrónico	<del></del>		
	SERVICIO	AUTORIZADOS	5	
Ubicación del paciente al momento	de la solicitud de la autorización			
	Beion Servicio HOSPITALIZACION			Cama
Urgencias				Cuttin
Manajo Integral Según Gula de: Código CUPS Cantidad Descri	w-16-			
	poion Consulta por otras especialidades i	/FDICAS	Espec	ialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIG	<u> </u>	_		
NOMERO DE SOLICITOD ORIG	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Fed OMPARTIDOS	cha: 2021-10-07 Hora	0: 21:54
Porcentale del valor de los servicios	de esta autorización a pagar por la entid	•	el pago % 100	
Semanas de afiliación del paciente a				
Recaudo del prestador Concepi			eclamo de liquete, bono o vale de	·
Cuola M	,	1 1	rcentaje (%) Valor Máxi	mo (Tope) en pesos
<b> Copago</b>	(	£ 00.	0.00 \$	
	e Recuperación			
Otro				
Nombre de quien autoriza	INFORMACION DE LA		AUTORIZA	
LORENA MUELAS PECHENE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Teléfono	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERM	MEDIA	Teléfono Celular		
	VICTIA	Telefollo Celular	·	
FOM 07/10/2021	NACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO	INTENSIVO P	PEDIÁTRICO	
•				+
!				
:				
:				İ
		•		
	Esta orden de	servicio es única e	a distribution	

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina ia 1 de 1



Firma del Paciente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3879979

Fecha: 04/10/2021

Hora: 22:35:46

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PA	AGO ASOCIACION INDIGENA DE	EL CAUCA CODIGO EPSI00
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)	NHT [7] 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUME	EICOL IPS	CC Número
Código 9014183641 Direcció	ón del Presiador CALLE 42 10A 36 BAF	RRIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435 Departamen		3; Municiplo MONTERIA 001
Correo: utsumeicol,aicepsi2020@g	·	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
1		DEL PACIENTE
DOMICO	DOMICO	DIDIER
1er Apellido	2do Apeliido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038818373
Registro Civil		de Extranjería No Documento de Identificación Edad
☑ Terjela de Identidad 📑		The additional de lactination de la company
Cédula de Ciudadania	•	D4/02/2014 SUBSIDIO TOTAL Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual	·	
		Teléfono
***************************************	······································	05EEEEEEE Municipio CHIGORODO 172 EEEEE
Teléfono Celular	Correo Electrónico	
	SERVICIOS	AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento	de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa 💟 Hospitaliz	zación Servicio HOSPITALIZACION	Cama
Urgencias	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Manejo Integral Según Guia de:		
Código CUPS Cantidad Descri 872102 1 RADIO	IPCIÓN GRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE (	Especialidad
	:	
NUMERO DE SOLICITUO ORIC	<del></del>	Fecha: 2021-10-04 Hore: 22:35
<u> </u>	· ·	OMPARTIDOS
	de esta autorización a pagar por la entid	ad responsable del pago % 100
Semanas de afiliación del paciente a	a la solicitud de la autorización 0	
Recaudo del presiador Concep	<del></del>	os Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
PX-1	Moderadora	0000
☑ Copagó	de Recuperación	0.00\$
Olro	e Recuperación	
	INFORMACION DE LA	PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre de quien autoriza		Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE		
Cargo o aciividad: AUX DE ENFER	MERIA	Teléfono Celular:
FOM 04/10/2021 ONCOMEDIC	Λ Ω Λ	
·	A 9.A.	' .
•		
		,
;	·	,
!	: :	·
·		
	Esta ordén do	servicio es única e intransferible

Esta ordén de servicio es única e intrensferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina la 1 de 1



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3864781

Fecha: 23/09/2021

Hora: 10:17:26

	·			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAG	O ASOCIACION INDIGENA D	DEL CAUÇA	CODIGO	EP\$103
INFORMACION DEL PRESTADOR (A	Autorizado)		ит 🗹	901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMER		cc []	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Código 9014183641 Dirección	del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	ARRIO LOS LAU		
Teléfono 3137764435 Departamento	CORDOBA	23	Municipio MONTE	RIA 001
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gn	nail,cor Contrato: 524-2021	RECUP		DIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DATOS	DEL PACIENT		
DOMICO	DOMICO	DIDIER		
1er Apellido	2da Apeilldo	IDIDICIV	ler Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			1038818373	——¬
☐ Registro Civit	  Pasaporte	i de Extranjeria		i ci <b>o</b> n . Edad
Tarjeta de Identidad	Adullo Sin Identificación	, ,,,,,,		<del>-</del> -1
Cédula de Ciudadanfa	Menor Sin Identificación		04/02/2014 Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL  MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual Ci	HIGORODO	<del></del>		Teléfono
Departamento ANTIOQUIA		05	Municipio CHICORODO	172 10 20 10
Teléfono Celular	Солео Electránico	00	Municipio CHIGORODO	11(2
	SERVICIO	S AUTORIZAD	ios	
Ubicación del paciente al momento de				
Consulta Externa  Hospitalizad	ción Servicio HOSPITALIZACION			7
Urgenclas	HOSTITIEIANCION			Canjo
Manejo Integral Según Gula de: Código CUPS Cantidad Descripc	nión			
<del></del> _	NSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICAS		specialidad
NUMERO DE SOLICITUD ORIGE	Nt 1		0004 0D 00	
TOWNER BE GOED TO BOTH OF	<del>,                                      </del>	COMPARTIDO:	Fecha: 2021-09-23 S	Нота: 10:17
Porcentaje del valor de los servicios de	i e esta autorización a pagar por la entid			DG
Gemanas de afiliación del paciente a la		0		· ;
Recaudo del presiador Concepto			Reclamo de tiquete, bono o v Porcentaje (%) Valor	
Cuota Mod	. <del> </del>	[	rorcentaje (%) Valor	Máximo (Tope) en pesos
☑ Copago		0.00 \$	0.00 \$	
	Recuperación			
Otro	i i			
łombre de quien autoriza	INFORMACION DE LA	1	JE AUTORIZA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
RANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA		Teléfono		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA		Teléfono Celu		
	<del></del>			
OW THOSIZOZI ORDEN VALID	A PARA: 109A01 -1 INTERNACIÓ	DIA EM OMIDA	ID DE CUIDADO INTENSI	VO PEDIATRICO
	; !			
			•	-
		• .		
			•	
	<del></del>		· ·	
	Esta ordén d	e servicio es úni	ca e intransferible	
Firma del Paciente		lida en la IPS aut		Pagigala 1 de 1
· ····································	SUJETO AUDITO	JRIA MEDICA <<	VALIDEZ 90 DIAS>>	പക്കുന്ന വിവിധി



### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP 3864781 Fecha: 23/09/2021

Hora: 10:17:28

	!						
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PA	AGO ASOCIACION I	NDIGENA DE	L CAUCA	COD	IGO EPSIO	3	
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Aulorizado)			NIT	171 90141E	1364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				NIT ☑ 901418364 C C ☐ Número			
Código 9014183641 Direcció	on del Presiador CALLE 42	10A 36 BAR	RIO LOS LAU	RELES			
Teléfono 3137764435 Departamen	do CORDOBA	[2	31: 1-14: e N	luniciplo tv	IONTERIA	001,00	· 5 (i.i.)
Correo: utsumeicol.alcepsi2020@	gmail.cor Contrato: 524-202	·		ERACION DE LA SALL	JD MEDIANA	Y ALTA COMPLEJIO	<del>.≅</del> DAD
		DATOS (	DEL PACIENTI	<del></del>			
DOMICO	DOMICO		DIDIER			<del></del>	·
1er Apellido	2do Apellido	<u> </u>		1er Nombre	<del></del>	2do Nombre	•
Tipo Documento de Identificació	n '			1038818373	<u> </u>		
Registro Civil	Pasaporte	Cédula d	ie Extranjeria	No Documento de Ide	ntificación	Edad	
Tarjela de Identidad	Adulto Sin Identificación						
Cédula de Ciudadania	Menor Sin Idenliffcación			04/02/2014 Fecha de Nacimiento	<u></u>	MODALIDAD SUBSI	DIO
Dirección de Residencia Habitual	CHIGORODO					Teléfono .	
Deparlamento ANTIOQUIA	**************************************		05	Municipio CHIGORO	000	172	
Teléfono Celular	Correo Ele	ectrónico			<del> </del>	·	
		SERVICIOS	AUTORIZAD	OS			<del></del>
Ubicación del paciente al momento	de la solicitud de la autoriza	eión					
Consulta Externa 🖓 Hospilali:	<u>-</u>					Came	
Urgencias	;	·			<del></del>	Came L.	3
Manejo Integral Según Gula de:							
Código CUPS Cantidad Descri	·	000000000		······································	Especi	ialidad 	;
690402 1 INTER	CONSULTA POR OTRAS ESPE		MEDICAS			·	
NUMERO DE SOLICITUD ORI	GEN: 1			echa; 2021-09-23	Hota	: 10:17	
			OMPARTIDOS	·-····································			
Porcentaje del valor de los servicios	s de esta autorización a paga	ar por la entid	ad responsable	e del pago %	100		
Semanas de afiliación del paciente	a la solicitud de la autorizaci	ðn 0		Reciamo de liquete, b	ono o vale de	e pago 📋	
Recaudo del prestador Concer	olo	Valor en pes	os	Porcentaje (%)	Valor Máxi	mo (Tope) en pesos	. [
<u>~</u>	doderadora		.00 \$	0.00 \$	C		
☑ Copago	) le Recuperación		-00 #	0.00 \$			.
Olto	ie Recupelacion	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del></del>   [				
<u> </u>	INFORMA	CION DE LA	PERSONA QL	IE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza			Teléfono				
FRANCIA ELENA GONZALEZ MO	VA ,			· · ·			
Cargo o actividad: AUX REFEREN	CIA Y CONTRAREFEREN		Teléfono Celu	ılar:			
FOM 21/09/2021 ORDEN VAL	.IDA PARA: 109A01 1 IN	ITERNACIÓ	N EN UNIDA	D DE CUIDADO INT	rensivo p	EDIÁTRICO	
·							
· -							
		•					
·							
				·	<u>.                                    </u>		
		Eela arilin da	espuisie se cui	an a Internatorible		•	
<u> </u>			i servicio es uni Ida en la IPS aut	ca e intransferible fortzada			
Firma del Paciente	. su			VALIDEZ 90 DIAS>>		Pagina (a 1 (	Je 1



### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTÓRIZACION POP

3892257

Fecha: 11/10/2021

Hora: 19;58;60

<u> </u>				
ENTIDAD RESPONSABLE DEL P	AGO ASOCIACION INDIGEN	NA DEL CAUGA	CODIGO EPS	5103
INFORMACION DEL PRESTADOF	₹ (Autorizado)		NIT ☑ 9014	118364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			CC Núm	
Código 9014183641 Direcci	ion del Presiador CALLE 42 10A 36	6 BARRIO LOS LA		
Teléfono 3137764435 Departeme		23 // 1997	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	001(0)4(0)(0)
Correo: utsumeical.alcepsi2020@			PERACION DE LA SALUD MEDIA	
		TOS DEL PACIEN		
DOMICO	ромісо	DIDIER	16	
1er Apellido	2do Apellido	Dibick	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificació	1		1038818373	7
PPR FOR MAN PONCE		ádula de Extranjeria	No Documento de Identificación	Ji Edad
	Adulto Sin Identificación	•	<del></del>	SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Ciudadania	Menor Sin Identificación		04/02/2014 Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual	CHIGORODO			Telélono
Departamento ANTIOQUIA	1	05% 7.5%	Municipio CHIGORODO	172
Teléfono Celular	Correo Electrónico	0		
	SERV	ICIOS AUTORIZAI	oos	
Ubicación del paciente al momento Consulta Externa M Hospitali Urgencias Manejo Integral Según Gula de:	i	ION		Сапи
	ripeión		Esp	ecialidad
083101 1 RESO	NANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		ı	
NUMERO DE SOLICITUD ORI	IGEN: 1		Fecha: 2021-10-11 Ho	ora: 19:58
	PAG	SOS COMPARTIDO	<u> </u>	
Porcentaje del valor de los servicio	s de esta autorización a pagar por la	enlidad responsab	le del pago % 100	<u> </u>
Semanas de afiliación del paciente	a la solicitud de la autorización	0	Reclamo de liquete, bono o vale	
Recaudo del prestador Conce	·	n pesos	Porcentaje (%) Valor Mé	iximo (Tope) en pesos
☑ Copag	de Recuperación	0.00 \$	0.00 \$	
·	INFORMACION D	E LA PERSONA Q	UE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	<u> </u>	Teléfono		
CORRES O CONTROL ALIV DE EMESA	NACE LA	T-146 0-		
Cargo o actividad: AUX DE ENFE	MERIA	Teléfono Ce	HUIBIT.	
FOM 11/10/2021 SOPORTE DE SEDACIÓN PA	RA CONSULTA O APOYO DIAC	GNÓSTICO		
	Esta orr	dén de servicio es úl	nica e Intransferible	
Firma del Paciente	Sc	elo valida en la IPS a		Pagina a 1 de 1

SUJETO ÁUDITORIA MEDICA << VALIDEZ 80 DIAS>>

Pagina ia 1 de 1



### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 27/09/2021 18:24:30

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

1534

Diry Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 díos

524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

Nit 817001773-3 CALLE 1 № 4-50 Teléfono 2399 €

Prestador del Servicio Dirección y Telélono:

ONCOMEDICA S.A.

Teléfono: 7854344 CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Na in the control of CONSULTAS

890602

CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

190,800,00

572,400,00

NEFROLOGIA PEDIATRICA

Total Servicios:

572,400,00

Quien Auloriza

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 05/10/2021 10:02:29 a.m.

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

1525

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 dias Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EYENTO

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA & # 72-34 ED. IMAT Telélono: 7854344

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

872102 RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paclenie



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 29/09/2021 18:09:52

Usuario: RC 1038818373, DOMICO DOMICO DIDIER Orden de Servicios No. 1533 Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA & # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344 890602 CUIDADO (MANEJ Ó) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA 190,800,00 190.800,00 INFECTOLOGIA PEDÍATRICA **Total Servicios:** 190.800,00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO AR

Firma Realizó



Contrato:

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden - 11/10/2021 9:54:27 a.m.

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

1639

Dir y Tel: CALLE I Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

**524 MODALIDAD EVENTO** 

4/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 8 días Nif 817001773-3 C/ALLE 1 № 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

HONORARIOS 998702

soporte para sedación para consulta o apoyo diagnóstico

02

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

883101

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO

**Total Servicios:** 

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

firma Caciente



#### 200190.701.11000 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

29/10/2021

8:38:22

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

4/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 26 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996!

Contrato: 524 MODAUDAD EVENTO.

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

**ESTANCIAS** 

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Teléfono: 7854344

**Total Servicios:** 

Quien Autoriza

Firma Realizó

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**IMAGENOLOGIA** NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCE165165



Factura Electronica d	e Venta ONCF165165 高数多数
	Fecha Generación: 24.ENE.2022 10:1 Fecha Validación: 24.ENE.2022 10:1 Fecha Vencimiento: 23.FEB.2022
	Cubre Desde:21.OCT.2021
Tipo Contrato:Evento Otro	Hasta: 21.OCT.2021
	Responsable
	No. Admisión: 0100583763 No. Políza: No. Autorización: 1598
	, Valor Total
<del></del>	
A	47,200.00
	Subtotal Area >>> 47,200.00
VALOR SERVICI	OS: 47,200.00
VALOR COPAG	OS: 0.00
VALOR PAGO COMPARTI	DO: 0.00
VALOR DESCUEN	TO: 0.00
VALOR TOTAL FACTU	RA: 47,200.00
	- Carlotte Service
N CERO CENTAVOS **** **** **** **** **** ****	47,200.00
	•
Se hace constar que la firma distinta al recibir, confesar la deuda volvigno 40 PACO INIT.  FECHA: 0  RECIBE:-	comprance sun installation de la comprance su de la comprance su la comprance de la comprance
	Tipo Contrato:Evento Otro  CC Teléfono: 323 434 5247  CQUIA  VALOR SERVICI  VALOR COPAG  VALOR PAGO COMPARTI  VALOR DESCUEN  VALOR TOTAL FACTU  IN CERO CENTAVOS **** **** ***** *****  Se hace constar que la firma distinta al crecibir, confesar la deuda volvigana Corecibir,

consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

2 Sept. 12 (1995) 138 (1984) 12 (1985) FR 104-085-94-1 Codigo: 9014483641 Code8 72 8 35 A 34 - 3137764435 MONTERM - CORDOBA

Fecha Orden 9/10/2021 12:57:18 p. m.

Firma Paciente

MODELO FOR TOURS OF SOME CONTROL PROPERTY CAMILA. Orden de Servicios No. 1598 Professional CARDE SPRINGS COLORS 6/04/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 3 días THE REPORT OF STATES AND LIFE CONTINUED GRAW DELICATION Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 U139291 - 524 VOD JUNU EKDAD That the Book Section 1 is the tolerable Observation with the responsibility of the description of the sect 7856364 ंदर्भ के विकास के अधिक के स्वरंग के किया है। S7 H21 - PADEDIGEARM DE TORRA (PLA I O A.P. - LATERAL - DEGUBITO LATERAL - OBLICUAS O CHATTER CONBARIO) + **Total Servicios:** OPGSTON, HARRING THE HEMICA WIARDO ARGEL Auties authorite Share Replied



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estemos Exentos de retención en la fuente

**IMAGENOLOGIA** 

# Factura Electronica de Venta ONCF165174

Identificación: NIT 90141 Dirección: CL 42 10 A Teléfono:	36 BRR LOS LAURELES - MON	TERIA - CORDOBA			on: 24.ENE.2022 10:20 on: 24.ENE.2022 10:21 to: 23.FEB.2022
No. Contrato:	sicepsi2020@gmail.com Tipo	Contrato:Evento	Otro		e: 18.DIC.2021 a: 18.DIC.2021
Código ERP:		<del></del>			Responsabla:
Médico: 0	Tipo Doc.; CC JRABA - ANTIOQUIA - SAN JUA	Teléfo N DE URABA	ono: 3218682486	No. Adm No. Poliza; No. Autorización: 2692	isión: 0100600122
Código Descrip Area Funcional: 08	ción IMAGENOLOGIA				Valor Total
26 RESON					1,692,300.00
			Sui	ototal Area >>>	1,692,300.00
•	_	V/	ALOR SERVICIOS:		1,692,300.00
		V	ALOR COPAGOS:		0.00
		VALOR PAC	O COMPARTIDO:		0.00
•		VAL	OR DESCUENTO:	<u> </u>	0.00
TOTAL		VALOR	TOTAL FACTURA:		1,692,300.00
**** **** **** **** **** **** *	venta de compraventa se asimila en s	#### #### ####		te 2008). El contratante decla	1,692,300.00
Firma  abilitación Numeración de Faconsecutivo ONCF146567 al OSoftwareID: 82d21092-144e-4b Forma de Pago:Cre		3764022346823 del 03/	FECHA: 02-72 12/2021 al 03/12/2025.V Colombia NIT: 90039012	5364-1 Firma	CONCE dat
	•				CUFE:cd1baaf4



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 20/12/2021 12:07:08 p. m.

Usuario: CC 43924520 ATENCIO ARCIA KELI YOANA

Orden de Servicios No.

2692

Dir y, Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

9/01/1982 Edad: 39 años, 11 meses y 11 días

ारहर्षे का अंक्रिक

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contralo:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Telélono: 7854344

人名英格兰姓氏 经基金证券

الرازو أه والالا 划到通过第三 Sometime

02

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE + 883230

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

Firma Realizó

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 69 # 72-34 ED. IMAT Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# **IMAGENOLOGIA**

# Factura Electronica de Venta ONCF165192

Fecha Generación: 24.ENE.2022 10:32 Fecha Validación: 24.ENE.2022 10:32 Fecha Vencimiento: 23.FEB.2022 Cubre Desde: 20.DIC.2021 Hasta: 20.DIC.2021 Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL. IPS No. Admisión: 0100608527 8126 No. Poliza: No. Autorización: 2691
Hasta: 20.DIC.2021  Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  No. Admisión: 0100608527  8126  No. Poliza:
Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  No. Admisión: 0100608527  8126  No. Poliza:
Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS  No. Admisión: 0100608527  8126  No. Poliza:
8126 No. Poliza:
110. Hatchiedolom Box.
Valor Total
361,600.00
Subtotal Area >>> 361,600.00
RVICIOS: 361,600.00
DPAGOS: 0.00
PARTIDO: 0.00
CUENTO: 0.00
ACTURA: 361,600.00
361,600.00

Vendedor: Afiliado: Firma Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dista persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contata del TREGITA GUISTRE de mercancia. Acepto esta factura.

FACTURIT. 901418364-1

COPIA 3

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 Vigençia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NiT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:4a9ba1c6977dba3e990de9606716315e38a71d3920bead5b69b0aac77743199c6b823c957fbe4e265fc10f6edc565f74



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 20/12/2021 12:05:57 p.m.

Usuario: CC 1038093751 YANCES VEGA KAREN IRINA

Orden de Servicios No.

2691

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

24/06/1984 Edad: 37 años, 5 meses y 27 días

Administraciora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

Secretaria (Anti-

ONCOMEDICA S.A.

Ditección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Equilibre

Will Gilberthe

新生物性

02 879131

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

AXIALES Y CORONALES)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES

**Total Servicios:** 

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

firma Realizó



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

* · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·											
Numero de autori	zación	T	28142		Fecha:	10/12/2	2021	Hora	02	:59:23 p. m.	
Entidad responsable del pa	go:	1	ASOC	IACION INDIG	ENA DEL CAL	CA EPS-I	C	ODIGO EPSI	03	Nit: 817	003166
· '				INFORMAC	ON DEL PRES						
Nombre						PORAL SUMEI		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Codigo			2004	Direction		36 BARRIO LO	S LAURELES			137764435	
Departemento		CORE	JORA	D.170	Municipio			MONT	EKIA		
Apellido	. 1		Apeilld		S DEL PACIEN	Nombre 1	-	1	Nombre 2		<del></del>
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									IRINA	••	1
YANCE			VEG	ч	<u></u>	KAREN		l	ANIN		]
1 Tipo De Identificación:				<del> </del>							
The De metholicacións											
TIPO DE IDEI	NTIFICACION		мим	ERO DE DOCU!		FECHA	DE NACIMI	ENTO		EDAD	
CÉDULA DE				103809375			24/06/1984			37 AÑOS	
CEDOLA DE	VIVOAUANIA		I	1030093/5	1	l	POST (COTES			UI ANUS	
Dirección de residencia i	Habitual	C	ACERES	l Di	epartamento	ANTIO	QUIA	Municipio	(	CACERES	į
			<del>.</del>					·			
					OS AUTORIZA	DOS:					
Ubicación del paciente al n	nomento de la	solicitud d	e la autori	zación							
X Consulta externa	г	Hospitaliz	ación	Servicio	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			]	Салла		
Urgencias	Ŀ			20,100					Corns		
									-		
Manojo integral según gula de:											
Código cups	Cantidad L	<u>Descripción</u>			.,,				· · · ·	Especia	alidad
<u>879131</u>	1]	OMOGRAFI	A COMPU	TADA DE SEN	IOS PARANAS	ALES O CARA	1				
						··	<del>_</del>				
										ļ	
		·	····-	<u></u>						<u> </u>	
Numero de solicit	ud de origen	1	Fecha	10/12	/2021		fora	02:59:	23 p. m.		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
				PAGOS	COMPARTID	O\$			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Porcentale de	el valor de los	servicios d	e esta aut	orización a na	nar nor la anfi	dad responsal	ble del naco	%	+	<del></del>	
•	wivi ut 100			Valor en	94. LA: 18 pill				1/-1	Carlesia (Acros)	
Recautto del prestador	_	Conce <sub>l</sub>		06505	1 1	Porcen		. г	valor m	fiximo (tope)	en hesos
	}	_	oderadora oderadora		-{						' I
	1	<del>"</del>	chbetacjou		<b>j</b>				<del></del>		
	Ė		tro (		]			[			
	1kicoc	MACION BE	I A DEOP	ONA DETA P	UTINAN BESS	ONSABLE DEL	PAGO OFF	AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	inruh	INVOIGH DE		REQUEME	KUDAD KESP	ONONOLE DEL	. rago QUI	Telefono;		8390140	
Cargo o actividad		AUXILIA		NCION AL CO	MUNERO		Tele	efono celular			
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
Observaciones :											ļ
											ļ
	INFOR	MACION DE	LA PERSO	ONA DE LA IP	S RECEPTORA	QUE ACEPTA	NECIBIR E	L PACIENTE	<u> </u>		<del></del>
Nombre de quien autoriza	<del></del>							Telefono:			
Cargo o actividad		·· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					Tele	fono celular			
		Esta orden	de servici	lo es única e li	ntransferible s	ofo valida en l	a IPS autori	zada			
			su.	jeto auditoria	medica [[Valid	lez 90 dias]]					
Firma del Paciente	3										- 1
											L



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# IMAGENOLOGIA

# Factura Electronica de Venta ONCF165230

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICO Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELE Teléfono:			Fecha Generación: 24.ENE.2022 11:00 Fecha Validación: 24.ENE.2022 11:00 Fecha Vencimiento: 23.FEB.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.con	n		Cubre Desde: 20.DIC.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento	Otro	Hasta: 20.DIC.2021  Responsable
Paciente: FLOREZ MONTES NASLY DEL CA			No. Admisión: 0100600480
No. Doc.: 22242048 Tipo Doc.: Dirección: ZARAGOZA - ZARAGOZA Médico: 0		fono: 3148106792 No.	No. Poliza: Autorización: 2702
Código Descripción			Valor Total
Area Funcional: 08 IMAGENOLOG	GIA		
02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLO	GIA		138,400.00
31 ECOGRAFIAS			83,100.00
		Subtot	al Area >>> 221,500.00
	<del></del>		221,500.00
		VALOR SERVICIOS:	<u>-</u>
		VALOR COPAGOS:	0.00
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	AGO COMPARTIDO:	0.00
	V/	ALOR DESCUENTO:	0.00
	VALO	R TOTAL FACTURA:	221,500.00
TOTAL  DOSCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS PESO	OS CON CERO CENTAVOS ***	** 4624 **** **** **** ****	221,500.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se servicios a entera satisfacción.	asimila en sus efectos a una letra d	fe cambio (artículo 5 Ley 1231 de 20	008), El contratante declara haber recibido los
Afiliado: Vendedor:	2 05 61 6 2 05 61 6	rstar que la firma distinta al comprador su eser la deuda y obligar el contrelaplor el FACTURAT. 90141831	
Firma variation	frma	FEUT	1113

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2024 del 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE.3b82bde886537887053c3b3e43787caa809649608c8d5cfbaca9b5d02c581f9494c790fd5aa23892254be11329b0c07a

#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

20/12/2021 3:54:15 j.s. (n.

Usuario: CC 22242048 FLOREZ MONTES NASLY DEL CARMEN

Orden de Servicios No.

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

2792

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

8/07/1976 Edad: 45 años, 5 meses y 13 clias Nit 817001773-3 | CALLE I Nº 4-50 | Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED, IMAT Teléfono: 7854344

Dirección y Teléfono: arina a que reiar

Prestador del Servicio

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

02 876802

XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA - BILATERAL

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó



#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

20/12/202 3:55:06 pt. m.

Usuario: CC 22242048 FLOREZ MONTES NASLY DEL CARMEN

Orden de Servicios No.

2701

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

8/07/1976 Edad: 45 años, 5 meses y 13 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio Dirección y Teléfono:

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

les adiffactions 02

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

881201

ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA - CONTRANSDUCTOR DE 7 MHZ O

a Earl

Total Servicios:

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

# AL

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

731

	MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD									
Numero de au	torización		27086		Fecha:	10/11/2	1021	Hora		7;29 p. m.
Entidad responsable	del pago:			HEODIAC	ION DEL BE	ECTADOR		CODICO	EPS(03	Nit.811002429-7
INFORMACION DEL PRESTADOR  IORIDIRE  UNION TEMPORAL SUMBICOL IPS										
Codigo	9014	118364				36 BARRIO LO		Telélono:	31	37764435
Departamento CORDOBA Municipio MOFITERIA										
DATOS DEL PACIENTE										
- A	pelido 1	1	Ape:	ildo 2		Nombre 1			Nombre	2
F	LOREZ		MOI	NTES		NASLY			DEL CAR	MEN
1 Tipo De IdenUficació	Sn:									
			ทบเ	MERD DE DOCUMEN	ITO DE					
	E IDENTIFICACION			IDENTIOAÐ	-		DE NACIA			EDAD 3 AÑOS
CEDUL	A DE CIUDADANI	A		22242048			8/07/1976	i		3 ANOS
Dirección de resider	ncia Habitual	VEF	REDA PAT	O Depa	rtamento	ANTIO	QUIA	Municipio	Z.A	RAGOZA
				SERVICE	OS AUTORI	ZADOS:				
Ubicoción del pacie	nie al momento	de la soll	citud de la	a autorización						
X externa Urgendas		]Hospitail	zackón	Servicio				)	Cai	na
Manejo integral según	guia de:					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
CODIGOS CUPS	Centidad DE	SCRIPCH	ON	·						Especialided
<u>881201</u>	1 50	OGRAFÍA	A DE MAN	IA. CON TRANSDUC	CTOR DE 7.	MHZ O MAS				
					·					
Numero de soão	lud de origen	1	Fechs	10/11/20	21		Hora	05	:37:29 p. m.	
				PAGO	S COMPAR	IIDOS				
Porcen	laje del valor de i	los servic	los de es	la autorización a pa	gar por la e	ntidad respo	nsable de	l pago %	İ	
Recaudo del prestador		Conce	pto	Valor en pesos		Porcer	ntaje		Valor	nàximo (tope) en pesos
<b>,</b>		Cuolam	oderadora					]		
	×	C <sub>2</sub>	pag <b>o</b>							
		cuota da r	ecuperación		1					
			Aro	PERSONA DE LA E	<u>}</u>	COOUCARÍ C	BET HAZ	J DUE AU	TODIZA	
Nombre de quien autoriza	inr			A REQUEME BELTI		SPUNSABLE	DEL PA	Telefono:	IORIZA	<del></del>
Cargo o actividad		AUXIL	AR DE AT	ENCION AL COMU	NERO		Tel	etono celular		
Observedones:										
	INFO	ORMACIO	N ĐE LA	PERSONA DE LA IP	S RECEPTO	RA QUE AC	EPTA RE	CIBIR EL PA	CIENTE	
Nombre de quien autoriza								Telefono:		
Cargo o actividad	}						Tel	efono cetular		

-	•	

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

		Ministerio de la protección social Autorización de servicios de Salud								( <u>\$</u> )
Número de ac	stortzación	270	37	fech	a: 10/1	1/2021	Hora		05:40:	:34 p. m.
Entidad responsabl	e del pago:	<u> </u>					copiec	EPS/03		Nit:811002429-7
Name	γ		INF	ORMACION DE						
Nombre Codigo	9014	18364	Direct		MPORAL SUM 10A 36 BARRIO			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3137	764435
Departemento		CORDOS.		Municip		·		IONTERIA		, 544,25
				DATOS DEL P	ACIENTE					
^	petido 1	,	Apelido 2		Nombre 1			Nombre 2		
F	FLOREZ MONTES HASLY							DE	L CARME	EN
1 Tipo De Identificació	e									****
Tho De toettillesen	<u>on:</u>			····		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				<del></del>
TIPO D	E IDENTIFICACION			OCUMENTO DE	FECH	A DE NACI	WENTO	T		DAD
CEDUL	A DE CIUDADANU	A	1DENT 2224		1 2011	08/07/1970				AÑOS
		<u>'</u>	1	2410		OGGNIBN	<u>,                                     </u>	l	437	- ANOS
Dirección de resider	cia Habilual	VEREDA I	PATO	Departemento	ANTI	AIUDO	Municipio		ZARA	AGOZA
				SERVICIOS AUT	ORIZADOS:			<u> </u>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Ubicación del pacie	nte al momento c	ie la solicitud c	le la autorizaci	lón		·			<del></del>	
X Consuma	<del>- 1</del>	Hospilalización	Servicio	<del></del> -			i			,
Urgendas	اـــا 	Поэрнынгасног	OBIVICIO				I		Cama	<u> </u>
Manejo integral según	gula de:									
CODIGOS CUPS	Cantidad DES	SCRIPCION			<del></del>			<del></del>		Especialided
<u>876802</u>	1 <u>MA</u>	MOGRAFÍA BIL	ATERAL							
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
·										
Numero de solici	nenina ah hut	1 Fecha	T	0/11/2021		Tuara	25	40.24		
	ned do origini	, precisa	<u> </u>	0/11/2021	<del></del>	Hora	. 05	:40:34 p. m.		
				PAGOS COMP	ARTIOOS					
Porcent	aje del valor de lo	s servicios de	esta autorizac	ión a pagar por l	a entidad resp	onsable de	i pago %		I	
Recaudo del prestador		Concepto	Vaior en p	pesos	Porce	entaje		V	alor máx	imo (tope) en pesos
•		Quota mederador	•							
		*****	-							
	Ľ	Сорадо		<u> </u>						
		tucta de recuperac	ion							
	INFO	eve RMACION DE I	A PERSONA I	DE LA ENTIDAD	PESPONSÁBI	E DEL DAG	OUE AUT	ODIŽÁ	<del></del>	
Nombre de gulen			··· <del>··</del>		OHOMBL	1		V104-M		<del> </del>
autoriza	<b></b> , ,		REA REQUEME				Telefono:			
Cargo o actividad  Observaciones :		AUXILIAR DE	ATENCION AL	COMUNERO		Tele	iono celular			
- DESCRETORIES ;	INFO	MACION DE I	A PERSONA N	E LA IPS RECEP	TORA OHE AZ	PEDTA BEA	IRIP EL DA-	DENTE		<del></del>
Nombre de quien			mitoening D		- AINT MOL AI	·		oren 112		
autoriza Cargo o actividad						 	Teterono:			
				<del>_</del>		1 rese	tono celular	<del></del>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR-8\*#72-34 ED. IMAT 7854344

/Munterla - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenadores. No estamos Exentos da retención en la fuente

# LABORATORIO CLINICO

Factura Electronica de Venta ONCF166131

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IP: identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - I			Fecha Generación: 25 Fecha Validación: 25 Fecha Vencimiento: 2	5.ENE.2022 12:1
Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Cubre Desde: 19 Hasta: 19	9.ENE.2022 9.ENE.2022
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato:Evento	Otro		
Paciente: JUMI SAPIA WILLER  No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI  Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MU  Médico: 0	Teléfono: 3		No. Admisio No. Poliza: Autorización: 2941	5n: 01006 <b>0</b> 722
Código Descripción	-	<del> </del>	·	Valor Iota
Area Funcional: 05 LABORATORIO C 19 LABORATORIO CLINICO	LINIGO			18,000.00
		Subtota	1 Area >>>	18,000.00
	VALO	R SERVICIOS:		18,000.00
	VALC	R COPAGOS:		0.00
•	VALOR PAGO C	OMPARTIDO:		0.00
	VALOR	DESCUENTO:		0.00
•	VALOR TOT	AL FACTURA:		18,000.00
TOTAL		**** *** *** ***	**** ****	40 000 00
DIECIOCHO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS	·			18,000.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asin servicios a entera satisfacción.				,
	recibir, confeser to de	TURACIÓN UT SUM 2 TURACIÓN UT SUM 2 2 Z Z Fin 2 2 Z Z Fin	mia 24 meses, Prefijo O Software: TFHKA_CO9	NCF de
	re Pago: Transferencia Electrónica	ł	Plazo: 30 Días	

CUFE:6e459463abbba26fe75b0a6da81d67efe1e8ae51d1854fc5fbaa02fc2e5ad4cbbf383cd6875c97ffb339db6132367db3



# UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 12/01/2022 11:59:39 a.m.

2941

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Dir y Tel: CALLE 1'Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

524 MODALIDAD EVENTO Contrato:

ONCOMEDICA S.A.

Prestador del Servicio CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Dirección y Teléfono:

Teléfono: 7854344

19/06/2014 Edad : 7 años, 6 meses y 26 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Descripción — PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS

Total Servicios:

Orden de Servicios No.

ROGER EDUARDO GIMENEZ Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 EO. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

# Electronico do Vento ONCE166754

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la juente



ombre Cliente:							
Dirección:	NIT 901418364- CL 42 10 A 36 BR	RAL SÜMEICOL IPS 1 R LOS LAURELES - 1		OBA		Fecha Validac	ión: 26.ENE.2022 10:10 ión: 26.ENE.2022 10:10 nto: 25.FEB.2022
Teléfono: E-Mail:	utsumeicol.alcepsi	2020@omail.com				Cubre Des	de: 13.ENE.2022
	_		Tine Contrate:Even	ta	Olra	Ha	sta: 13.ENE.2022
No. Contrato: Código ERP:			Tipo Contrato:Event	(O	0110	•	
	RONA CALDERO	NI LUZ SOLFI	<u> </u>			Conse	cutivo: 0102089235
to. Dac.: 103	3373707	Tipo Doc.: CC		Teléfono:	3145399455	No. Poliza:	
irección: B/ L	AS AMERICAS - ASSAR ALONSO RIO	ARBOLETES S NIETO				No. Autorización: 2709	•
Medicu: CEC	Descripción	3 METO	<u> </u>				Valor Total
ea Funcional		CONSULTA EXTE	RNA			· · ·	
	03 CONSULTA	MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTO	S DIAGNOST	icos		34,060.00
			·		<del></del> _	Subtotal Area >>>	34,060.00
			<u> </u>	VALC	R SERVICIO	)S:	34,060.00
		,	-		OR COPAGO		0.00
			VALC		COMPARTIE		0.00
			VILL		DESCUENT		0.00
					AL FACTUR	<del> </del>	34,060.00
OTAL.			Ψ.	ALOIN 10	ALIAOIDI	·	
	ATRO MIL SESEN	ITA PESOS CON CEI	RO CENTAVOS ****	. 6242 #448 #85	* **** **** ***	生生品法 正生生物 非神治体 采品生物	34,060.00
	ra electrónica de venta	i de compraventa se asim	nila en sus efectos a una	a letra de camb	io (articulo 5 Ley 1	231 de 2008). El contralante de	ciara haber recibido los
presente factor rvicios a entera	satisfacción.						
n presente factor rivicios a entera filiado:	satisfacción.	Vendedor:	Spireci	hace constar que ibir, confeser la de	FACTURY	imprador supone que diche referena tratante. Resentation marcano CION 418364-1 1, 901418364-1	está euforizada para firmar y la. Acepto esta factura.
rvicios a entera	satislacción.	Firms	<u></u>		FACTURY	7.90141650 2 2 2 2 Firme 12 2 2	
rvicios a entera filiado:  bilitación Num secutivo ONG	satislacción.	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROSE TO A CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PROP	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del
rvicios a entera iliado: bilitación Num isecutivo ONO fityareID: 82d:	satislacción.  Firma neración de Factura CF146567 al ONCF	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROSE TO A CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PROP	Firme 24 meses. Pre	fiio ONCF del
rvicios a entera iliado: bilitación Num isecutivo ONO fityareID: 82d:	Firma neración de Factura CF146567 al ONCF 21092-144e-4b66-b	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROSE TO A CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PROP	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del
rvicios a entera filiado: bilitación Num secutivo ONO ftwareID: 82d:	Firma neración de Factura CF146567 al ONCF 21092-144e-4b66-b	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROSE TO A CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PROP	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del
rvicios a entera filiado: bilitación Num secutivo ONO ftwareID: 82d:	Firma neración de Factura CF146567 al ONCF 21092-144e-4b66-b	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROPERTY STATE OF THE PROPERTY	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del
filiado: bilitación Num nsecutivo ONO ftwareID: 82d:	Firma neración de Factura CF146567 al ONCF 21092-144e-4b66-b	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROPERTY STATE OF THE PROPERTY	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del
filiado: bilitación Num nsecutivo ONO ftwareID: 82d:	Firma neración de Factura CF146567 al ONCF 21092-144e-4b66-b	Firms ación Electrónica Dias 200000. Proveedor lo 0720-6cdf9f661767	a n N° 187640223468; ecnológico: The Faci	23 del 03/12/2 tory HKA Cole	FACTURY FECHA:- PROPERTY STATE OF THE PROPERTY	Firme 24 meses, Pre 390126-6 Software: TFHKA	fiio ONCF del

RECIBEFECHA: RECIBE:

Clintos

COPIA 2

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6° # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

CONSULTA EXTERNA

# Factura Electronica de Venta ONCF166754

exertexessa. Cód. Habilitación: 2	30010094901	Factura Ele	<u>ectronica de l</u>	venta UNCF 10015	al Distriction
Nombre Cliente: UNION TEMPORA Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR	AL SUMEICOL IPS	ITERIA - CORDOBA			:26.ENE.2022 10:1 :26.ENE.2022 10:1 :25.FEB.2022
Teléfono:				Cubre Desde	:13.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2			Otro	Hasta	:13.ENE.2022
No. Contrato: Código ERP:	Tipo	Contrato:Evento			ıtivo: 010208923
Paciente: BERONA CALDERO No. Doc.: 1033373707 Dirección: B/ LAS AMERICAS - A Médico: CESAR ALONSO RIOS	Tipo Doc.: CC RBOLETES	Teléfon	o: 3145399455	No. Poliza: No. Autorización: 2709	
					Valor Tota
Código Descripcion  Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA		<del></del> -		
	IONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTOS DIAGN	OSTICOS	•	34,060.00
	-			Subtotal Area >>>	34,060.00
		VA	LOR SERVICIO	S:	34,060.0
			ALOR COPAGO		0.0
	ļ		O COMPARTID		0.0
			OR DESCUENT		0.0
			TOTAL FACTUR	- <del></del>	34,060.0
TOTAL			* **** *** *** ***	****	34,060.0
TREINTA Y CUATRO MIL SESEN	TA PESOS CON CERO	CENTAVOS			34,000.0
La presente factura electrónica de venta servicios a entera satisfacción.	de compraventa se asimila e				
Afiliado:	Vendador:	Se hace construction recibir, confess	ur que la firma distinta el co- ur la deuda y obtigar a cont FACTL	mprador supone que dicha persona est ciante. Recibi conforme la mercancia. IRACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1	à autorizada para immar y Acepto esta factura.
Firma	Firma		RECIB	Fuma 24 months Brattle	o ONCE del

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023.Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias

CUFE:52e1cc55803c344282d1a0bdf2fa7677c26b7ac22

Clintos



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 20/12/2021 3:11:55 p. m.

Usuario: CC 1033373707 BERONA CALDERON LUZ SOLEI

Orden de Servicios No.

Total Servicios:

2709

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

20/08/1992 Edad: 29 años, 5 meses y 5 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239961

Contrato:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfoho: 7854344

890343

CONSULTAS

Prestador del Servicio

Dirección y Teléfono:

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y

100,000,001

100,000,00

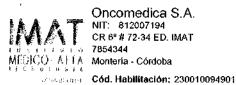
**CUIDADOS PALIATIVOS** 

100.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza

Firma Realizó



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 68 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF166826

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020



		AL SUMEICOL IPS				Fecha Genera	ción: 26.ENE.2022 11:11
Identificación: NIT		I R LOS LAURELES - MO	NITERIA - CORDOR	⊋Δ		Fecha Valida	ción: 26.ENE.2022 11:12
Teléfono:	42 10 A 00 DIG	CEGG ENGINEEEG - INC	MIENIA - CONDOL	<b>7</b> 0	Į	Fecha Vencimi	ento: 25.FEB,2022
E-Mail: utsi	umeicol.aicepsi2	2020@gmail.com			ſ	Cubre De	esde: 1.ENE.2022
No. Contrato;		Ti	po Contrato:Evento	Otro	Į	Н	asta: 9.ENE.2022
Código ERP:					Responsal	ble:UNION TEM	IPORAL SUMEICOL IPS
		RO OIKERAPONO				No. A	dmisión: 0100602985
No. Doc.: 104273		Tipo Doc.: RC TO - VIGIA DEL FUER		Teléfono: 3104028269		No. Poliza:	
Médico: JULIO E			\\L			utorización:	
Código	Descripción						Valor Total
Area Funcional:	80	IMAGENOLOGIA					
15	MEDICAMEN	TOS POS					252,442.00
							232,442.00
					Subtotal	 Area >>>	252,442.00
Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION F	SO 2 T1				232,442.00
02	IMAGENOLOG	SIA Y RADIOLOGIA					86,645.00
03	CONSULTA M	IONITORIZACION Y PI	ROCEDIMIENTOS E	DIAGNOSTICOS			776,505.00
13	SERVICIOS D	E APOYO EN LA ATE	NCION DE SALUD				2,234,400.00
14	MATERIALES	E INSUMOS					263,675.00
15	MEDICAMEN <sup>®</sup>	ros pos					631,882.00
19	LABORATOR	O CLINICO					101,800.00
26	RESONANCIA	1					1,862,700.00
					Subtotal A	Area >>>	5,957,607.00
				VALOR SERVIC	IOS:		6,210,049.00
				VALOR COPAG	OS:		0.00
			VALOR	PAGO COMPARTI	DO:		0.00
				VALOR DESCUEN	ITO:		0.00
			VAL	OR TOTAL FACTU	IRA:		6,210,049.00
TOTAL							
		EZ MIL CUARENTA Y I * **** **** **** **** **		N CERO CENTAVOS **	AT 4888 BASS	**** ****	6,210,049.00
La presente factura elec	tránica de venta d	a compravanta ea aelmila :	on que efectos a una lot	ra de cambio (artículo 5 Ley	1231 da 2008)	El contratante de	oclara haber regibido los
servicios a entera satisf		e compraronna de asimilia i	cri sus ciccios a una ici	ra de cambio (articalo 5 Ee)	1201 40 2000,	. Ci condatante de	está autorizada para firmar y ia. Acepto esta factura.
	·						
Afiliado:		Vendeder		constar que la firma distinta al c onfesar la deuda y obligar al co FACTURAC			esta autorizada para ilimar y sia. Acepto esta factura.
		MEDIC		PACTURAC NIT.	901418364-	1_	
		6 200	<u> </u>	21	-02.3	27	 
Firma		A. T. CO.	Gal B	PECHALIZATE	Firma	·712	
labilitación Numerac	ión de Facturac	ión Electrónica Dian N	° 18764022346823 d	el 03/12/2021 al 03/12/2	2023.Vigencia	a 24 meses, Pre	rfijo ONCF def
consecutivo ONCF14 SoftwareID: 82d21093			ológico: The Factory	HKA Colombia NIT: 900	0390(126- <b>6</b> Sc	oftware: TFHKA	_CO900390126

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



# ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud:

21

Fecha

01/01/2022

Hora:

19:32

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Teléfono:

7854344

Entidad a la que se informa (Pagador) :

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código:

SOLICITANTE

No. Admisión:

Nombre

Dpto:

0100602985

Fecha de nacimiento: 20/04/2015

Tipo documento:

Número :

1042734540

Dirección:

RESGUARDO JARAPETO

OIKERAPONO CUÑAPA CHAMORRO

Teléfono: 3104028269

(05) ANTIQQUIA

Ciudad:

(873) VIGIA DEL FUERTE

Zona:

.R

Clase Afiliación:

Localidad:

Origen de la atención

**ENFERMEDAD GENERAL** 

Ubicacion:

HOSPITALIZACION

NV

Código CUPS

308

Tipo servicio solicitado: Posterior A atención inicial de Prioridad Atención:

10A001

Cama:

Descripción servicio

Cantidad

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Justificación clinica

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION A PARTIR DEL DIA 01 DE ENERO DE 2021, ADJUNTO HISTORIA CLINICA

Dx. Principal:

B500

PALUDISMO DEBIDO A PLASMODIUM FALCIPARUM CON COMPL

Dx. Relacionado 1:

Dx. Relacionado 2:

Dx. Relacionado 3:

Solicita:

MMORENOM

Cargo:

ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono :

7854344

Celular :

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6º # 72-34'ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**CONSULTA EXTERNA** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF167428



столежаю. Cód, Habilitación: 230010094901	Fact	<u>ura Electronica de Venta (</u>	DNCF167428	
Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MON Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	NTERIA - CORE	ARON	Fecha Generación: 27. Fecha Validación: 27. echa Vencimiento: 26 Cubre Desde: 27.	ENE.2022 10:40 FEB.2022
	Contrato:Even	to Otro		ENE.2022
Código ERP:				
Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH  No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.; TI  Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOME  Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES	ENCLATURA - /	Teléfono: 3117047996wap ANTIOQUIA N No. Aut	Consecutivo o. Poliza: orización: 2983	o: <b>010212180</b> 2
Código Descripción	<del></del>	A SALEY		Valor Total
Area Funcional: 01 CONSULTA EXTERNA				
03 CONSULTA MONITORIZACION Y PR	OCEDIMIENTO	S DIAGNOSTICOS	; İ	110,000.00
_		Subtotal Ar	rea >>>	110,000.00
		VALOR SERVICIOS:		110,000.00
		VALOR COPAGOS: ,		0.00
	VALO	R PAGO COMPARTIDO:		0.00
		VALOR DESCUENTO:		0.00
·	V	ALOR TOTAL FACTURA:		110,000.00
TOTAL				
CIENTO DIEZ MIL PESOS CON CERO CENTAVOS **** ***	土山 在老年老 出人员本 古木尔	1 5787 4524 2466 2424 6124 2626 2262 2326 23	*** ***	110,000.00
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila es servicios a entera satisfacción.	n sus efectos a un	a letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008).	El contratante declara ha	ber recibido los
Firma Firma	নিবে ১.০.	hace constar que la fin pedicipte et comprador supone bir, confesar la deuda y obligate RACHON Porble NIT. 90141838.  FECHA: 02 - 7  RECIBE: Firms	-5.5	
Habilitación Numeración de Facturación, Electrónica Dian N° consecutivo ONCF146567 al ONCF200000, Proveedor tecnol SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767	187640223468 ogico: The Fac	tory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Sof	24 meses, Prefijo ON tware: TFHKA_CO900	CF del 0390126

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# Factura Electronica de Venta ONCF167685



Cód. Habilitación: 230010094901 Fecha Generación: 27.ENE.2022 15:40 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Validación: 27.ENE.2022 15:40 Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 26.FEB.2022 Teléfono: Cubre Desde: 24.ENE. 2022 E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 24, ENE. 2022 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Código ERP: Consecutivo: 0102089238 Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI Teléfono: 3145399455 Tipo Doc.: CC No. Doc.: 1033373707 No. Poliza: Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES No. Autorización: 3009 Médico: CARLOS MANUEL PEREIRA SETANCOURT Valor Total Descripción **CONSULTA EXTERNA** 01 Area Funcional: CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 60,000.00 60,000.00 Subtotal Area >>> 60,000.00 VALOR SERVICIOS: 0.00VALOR COPAGOS: 0.00 VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00 VALOR DESCUENTO: 60,000,00 VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS 60,000.00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una tetra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante dectara haber recibido tos servicios a entera satisfacción. Se hace constar que la firma distinta al comprador supone gue de la autorizada para lirmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante, (Necanos) inhi la marcancia. Acento esta factura. Afiliado:

abilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-5 Sdftware: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd/9f661767

Forma de Pago: Credito

**Firma** 

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:502385f6f402ed9394e0d84a9b1920a7512553ec2c9ecf96ddb7bfa



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3514222

Fecha: 12/10/2021

Hora: 10:05:56

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PA	GO ASOCIACION INDIGENA	DEL CAUCA	CODIGO EPSI	03
NFORMACION DEL PRESTADOR			NIT [편 90141	18364
Nombre UNION TEMPORAL SUME			CC Núme	ro .
Código 9014183641 Direcció	on del Prestador CALLE 42 10A 36 I	BARRIO LOS LAUF	RELES	
Teléfono 3137764435 Departamen	to CORDOBA		unicipio MONTERIA	001
Correo: utaumeicol.aicepsi2020@g	The second secon	RECUPE	RACION DE LA SALUD MEDIAN	IA Y ALTA COMPLEJIDAD
		OS DEL PACIENTE		
BERONA	CALDERON	LUZ	SOLEI	
1er Apellido	2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		lutu da Fulandosia	1033373707	Edad
Registro Civil	3 . m	ula de Extranjeria	No Documento de Identificación	SUBSIDIO TOTAL
☐ Tarjeta de Identidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Adulto Sin Identificación  Menor Sin Identificación		20/08/1992 Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
·	J		LECIIA DE MACINIONO	Teléfono
Dirección de Residencia Habitual	ARBOLETES	05	Aunicipio ARBOLETES	Q51
Departamento ANTIOQUIA	Correo Electrónico	100	71100207	The state of the s
Teléfono Celular		CIOS AUTORIZAD	08	
		0100710101112115		
Ubicación del paciente al momento Consulta Externa Hospitali Umencias	de la solicitud de la autonzación ización Servicio			Cama
Manejo Integral Según Guía de:			Gen	ecialidad
	ripción SULTA DE CONTROL O DE SECUMIENTO	O POR ESPECIALIST	•	
				ora: 13:51
NUMERO DE SOLICITUD ORI	IGEN: 1 PAGE	OS COMPARTIDO		744.
S	os de esta autorización a pagar por la		<del></del> -	
Semanas de afiliación del paciente		0	Reclamo de tiquete, bono o vale	de pago
Recaudo del prestador Conce		pesos		en pesos
•	Moderadora	0.00.6	0.00 €	
☑ Copag		0.00 €	V.08 C	
Cuota	de Recuperación			
	INFORMACION DI		UE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza		Teléfono		
EIDA ANDRADE		7-156 0-1	- Indian	
Cargo o actividad:	•	Teléfono Cel		AND THE PROPERTY OF THE PROPER
FOM 22/09/2021 SE AUT ONCOLÓGICA	ORIZA 890380-1 CONSULTA DE	CONTROL O DI	E SEGUIMIENTO POR ESPE	CIALISTA EN ORTOPEDIA
<b>,</b> .				•
·				
		····		

Esta ordén de servicio es única e intransferible Solo valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paulpaia 1 de 1

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 5\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuenta

URGENCIAS

## Factura Electronica de Venta ONCF169280

Cód. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Contrato: Cádigo ERP:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 31.ENE.2022 Fecha Validación: 31.ENE.2022 Fecha Vencimiento: 2.MAR.2022

Cubre Desde; 26.ENE.2022

No. Admisión: 0100609428

Hasta: 27.ENE.2022

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

No. Autorización:

Código Descripción Area Funcional: URGENCIAS

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 13

LABORATORIO CLINICO

179,000.00

41,405.00

Valor Total

103,900.00

	Subtotal Area >>>	324,305.00
[	VALOR SERVICIOS:	324,305.00 324,305.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	• 0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	324,305.00

TOTAL

TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\*

324,305.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimita en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supona que propia persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obtigar al comprador supona per la firercancia. Acepto esta factura.

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2027 16/03/12/2023. Vigencia 24 mases, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 at ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Dias

# Re: REPORTE DE ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS ANEXO 2 WILLER JUMI

### Autorizaciones epsi AIC < autorizacioness rcr@aicsalud.org.co >

mid 25201/2522 4 22 p.m.

Paraturgencias <urgencias@imatoncomedica.com>;

#### 26/01/2023

#### CORDIAL SALUDO

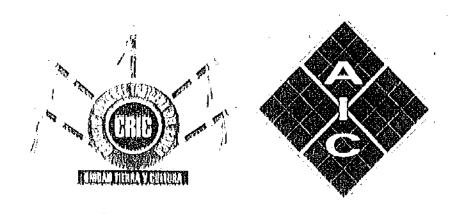
Od mandra muy atenta, permito informar que el usuario según número documento enviado en anexo se encuentra en base de datos de AIC EPS-I y para la atención inicial de urgencia no lequiere outorización ni codigo.

A sujeta a verificación de consistencia segun norma (Resolución 3047/2008)

АR

Auxiliar de apoyo HORA DESDE 2PM A 10PM LORENA MUELAS PECHENE SMPE: AUTORIZACIONES AIC SEDE NACIONAL POPAYAN REFERENCIA HOSPITALIZADOS CORREO ANEXO 2 Y 3 : autorizacionessrcr@aicsalud.org.co

FEL 302 737 08 24 -- 0326380200 (ext 205



BENDICIONES TE DESEAMOS

AUTORIZACIONES AIC

AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI

SKIPE: AUTORIZACIONES AIC SEDE NACIONAL POPAYAN REFERENCIA HOSPITALIZADOS CORREO ANEXO 2 Y 3 : <a href="mailto:autorizacionessrcr@aicsalud.org.co">autorizacionessrcr@aicsalud.org.co</a>

CELULAR: 316-868-2825

El mié, 26 ene 2022 a las 15:56, urgencias (<<u>urgencias@imatoncomedica.com</u>>) escribió:

Buenas tardes

Sres

#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Adjunto envió el anexo N.º 2 solicitando Autorización de atención inicial de la Paciente WILLER JUMI SAPIA Identificado con T.I.N°1.039.654.124 que ingreso el día 26 de enero del Año 2022.

Att:

Diego Galindo Herrera. Asistente De Cuentas Medicas



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 82 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF170520

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 2.FEB.2022 17:53 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 2.FEB.2022 17:54 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 4.MAR.2022 Teléfono: Cubre Desde: 6.SEP.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 20, SEP. 2021 Otro No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS No. Admisión: 0100570779 Paciente: JUMI SAPIA WILLER Teléfono: 3205342149 No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Poliza: Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ No. Autorización: 1125 Valor Total Código Descripción Area Funcional; QUIMIOTERAPIA CUFE:8061d606e3b008538a0b9d03f7862dfe2e12df64d0281295e6495f4228ab518e3b1df731db678f5c08f53357 MATERIALES E INSUMOS 58,676.00 MEDICAMENTOS POS 3,397,836.00 Subtotal Area >>> 3,456,512.00 Area Funcional: 07 **URGENCIAS** 03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 39,600.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 416,300.00 13 MATERIALES E INSUMOS 21,330.00 **MEDICAMENTOS POS** 55,236.00 15 19 LABORATORIO CLINICO 138,900.00 Subtotal Area >>> 671,366.00 HOSPITALIZACION PISO 2 T1 Area Funcional: CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 554,400.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 3,044,400.00 14 **MATERIALES E INSUMOS** 568,584.00 MEDICAMENTOS POS 15 1,732,062.00 LABORATORIO CLINICO 65,200.00 Subtotal Area >>> 5,964,646,00 Area Funcional: CIRUGIA **CIRUGIAS GENERALES** 01 636,000.00 MATERIALES E INSUMOS 2,625.00 MEDICAMENTOS POS 15 45,215.00 LABORATORIO CLINICO 1,008,400.00 19 99 QUIMIOTERAPIA 707,400.00 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servicio Qx Cirugia 413101C 86,500.00 39003 Grupo 05 56,500.00 39103 Grupo 05 102,900.00 Grupo 05 39207 63,000.00 39302 GRUPOS 04 - 05 - 06 **CIRUGIAS GENERALES** 308,900.00 Subtotal Area >>> 2,708,540.00

Teléfono:

No. Contrato:

Código ERP:

Oncomedica S.A. 812007194 CR 6\* # 72-34 ED, IMAT

Cód. Habilitación: 230010094901

7854344 Montería - Córdoba

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

# NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

Factura Electronica de Venta ONCF170520

Fecha Generación: 2,FEB.2022 17:53 Fecha Validación: 2.FEB.2022 17:54

Fecha Vencimiento: 4.MAR.2022

Cubre Desde: 6.SEP.2021 Hasta: 20.SEP.2021

Tipo Contrato:Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100570779

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

Identificación: NIT 901418364-1

No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Tipa Doc.: TI

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono: 3205342149

Otro

No. Poliza:

No. Autorización: 1125

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ Descripción Código

	VAIUI TOTAL
VALOR SERVICIOS:	12,801,064.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	12,801,064.00
·····	

TOTAL

DOCE MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL SESENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\*

12,801,064.00

Valor Total

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante dactara haber recibido los

Afiliado:

09

Firma

Vendedor: . Att

tika selšona está autorizada para firmar y Se hace constar que la firma distinta al comprador supone

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian, N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/ 2623-Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor techológico: The Factory HKA Colombia NRF900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

COPIA 3



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 09/09/2021 04:50:29 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

1125

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

19/06/2014 Edad: 7 años, 2 meses y 20 días Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996

Contrato:

524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:	CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344		
Mark Mental production is		oning the state of	karas et trophicials es è
02 PROCEDIMIENTOS DI	AGNOSTICOS	7 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4 (4	en total distriction at the land of
898004 ESTUDIO DE COLO	PRACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) +	1 .	
898106 ESTUDIO DE CITO	METRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?	1	
	APEUTICOS QUIRURGICOS ACION DE MEDULA OSEA	4	
033101 PUNCION LUMBA	(DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	, <b>F</b>	
992502 QUIMIQTERAPIA II	RAPEUTICOS no Quirurgicos TRATECAL	1 1:	
	10	otal Servicios:	***************************************

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

JUMI SAPIA ANE	XO 2 IMAT ONCOMEDICA S.A	•
urgencias		
fun 06/09/2021 4:45 p.m.		•
Para: autorizacion utsum eicol@gr	 nail.com <autorizacionutsumeicol@gmail.com>; siau.utsumeicol@gmail.com  </autorizacionutsumeicol@gmail.com>	n <siau.utsumeicol@gmail.com>;</siau.utsumeicol@gmail.com>
8 - 2 archivos adjuntos (291 KB)	. •	
ANEXO 2 WILLER JUMI SAPIA 06,	09,2021pdf; HCLX WILLER JUMI SAPIA.PDF;	
•		•
Datumania		r -750
De: urgencias viado: lunes, 06 de septien	nbre de 2021 4:24 p. m.	
Para: autorizacionutsumeicol	@gmatl.com; slau.utsumeicol@gmail.com	JEXO 2 IMAT ONCOMEDICA S.A
De: urgencias		
		2 IMAT ONCOMEDICA S.A
Buenas tardes,		
Sies .		
UNION TEMPORAL SU	i i	
SOCIACION INDIG	2021 4:15 p.m.  Pacionutsumeicol@gmail.com <autorizacionutsumeicol@gmail.com>; siau.utsumeicol@gmail.com <siau.utsumeicol@gmail.com> 205 adjuntos (291 KB)  ILLER JUMI SAPIA 06.09;2021.pdf; HCLX WILLER JUMI SAPIA.PDf;  Idas  Inter JUMI SAPIA 06.09;2021.pdf; HCLX WILLER JUMI SAPIA.PDf;  Idas  Inter JUMI SAPIA 06.09;2021.pdf; HCLX WILLER JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Idas  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA 5  Inter JUMI SAPIA 66.09;2021  Inter JUMI SAPIA 66.09;2021  Inter JUMI SAPIA 66.09;2021  Inter JUMI SAPIA 66.09;2021  INTER JUMI SAPIA 66.</siau.utsumeicol@gmail.com></autorizacionutsumeicol@gmail.com>	
Adjunto envió el anexo N JUMI SAPIA Identificado	.º 2 solicitando Autorización de atención inicial de urge con T.I.Nº1.039.654.124 que ingreso el día 06 de sec	ncias de la Paciente WILLER diembre del Año 2021
Att:		
Jaiver Espitia Rodríguez		
Asistente De Cuentas Me	dicas	
•		



# Informe de la Atención Inicial de Urgencias (Anexo Técnico 2)

06/09/2021

No. atención:

Fecha

06/09/2021 15:54:11

Información Prestador

ONCOMEDICA S.A.

NIT:

812007194

Código:

230010094901

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT.

Teléfono:

7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Entidad a la que se informa (Pagador) :

Tipo Doc. :

Apellidos / Nombres

Doc. Identidad:

1039654124

11

**Datos Paciente** 

No. Admisión :

0100570779

JUMI SAPIA WILLER

COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA

Dirección: Teléfono:

3205342149

Fecha Nacimiento:

19/06/2014

Departamento:

ANTIOQUIA (05)

Municipio:

MURINDO (475)

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Origen de la atención : -

ENFERMEDAD GENERAL

Fecha ingreso ;

06/09/2021 11:34:42

Triage

2-Amarillo

Remitido:

ld. Prestador:

Razón social prestador :

Departamento:

Municipio:

Motivo de consultal

"Viene para quimioterapia" paciente masculino de 7 años de edad con diagnostico de.-Leucemia linfoide T riesgo alto por no respuesta a ventana esteroidea (dx 30/03/21) paciente ingresa a urgencias oncomedica para hospitalizarse para ciclo de químioterapia Indicado por hematologia pediatrica, en el momento paciente asintomatico, se realiza examen físico utilizando todos los elementos de proteccion personal

Dx. Principal:

C910

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA:

Dx. Relacionado 1

Dx. Relacionado 21

Dx. Relacionado 3

Destino paciente:

Observación

Usuario informa:

JAIVER MIGUEL ESPITIA RODRIGUEZ

Powered by Agilis

Oncomedica S.A. 812007194 CR 64 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 <u>No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en Ja fuente</u>

# Factura Electronica de Venta ONCF170764

Valor Total 29,120.00 29,120.00 29,120,00 0.00 0.00 -0.0029,120.00 CUFE:b98b0ce7bbc720277d8b6c48efec74f0de7354780aebfe23e9c464f 29,120.00

Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 3.FEB.2022 12:05 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 3.FEB.2022 12:05 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 5.MAR.2022 Cubre Desde: 28.ENE.2022 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 28.ENE.2022 Otro No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Código ERP: Consecutivo: 0102113872 Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA Teléfono: 3104447913 No. Doc.: 42651839 Tipo Doc.: CC Dirección: cll 1# 4-50 - MONTERIA No. Poliza: No. Autorización: 2479 Médico: LINA MARIA LOBATON RAMIREZ Descripción Código CONSULTA EXTERNA Area Funcional: 01 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Subtotal Area >>> VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: VALOR PAGO COMPARTIDO: VALOR DESCUENTO: VALOR TOTAL FACTURA: TOTAL La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. ne que dicha persona está autorizada para firmar y Se hace constar que la finte Rabita recibir, confesar la trabata y obligar a Afiliado:

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 at ONCF200000, Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126

SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f861767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Firma

No. \*12.902 Firma



#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



#### AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de autor			44206		Fecha:	1	2/202	Hora	0	2:26:57 p. m	
Entidad responsable del pago;		AS	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I CODIGO EPSIO3				Nit: 817	003166			
	_			INFORMACION D	EL PRESTAD	OR : NIT:		•		,	
Nombre	<u> </u>				UNION TEMPO	DRAL SUMER	COL IPS	_			
Codigo				Dirección calle 23 N 1-57 barrio chuchuribi centro Telélo			Teléfono:		3137764435		
Departamento AN1			NTIOQUIA		Municipio			SAN J	<del>-</del>		
				DATOS	DEL PACIENT	E			•		
Apellide	<u> 1</u>		Ape	līdo 2		Nombre 1		ĭ	Nombre 2		
MARTH	1EZ		Me	ORA	_	CASIMIRA	<b>-</b>				1
<u> </u>				·	<u> </u>						
Yipo De Identificación:											
			<del></del>				···				
TIPO DE IOS	NTIFICACION		1911450	DE DOCUMENTA D						· <del></del> ·	
			NUMERO	DE DOCUMENTO D	E IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD			
CÉDULA DE	CIUDADANIA	١	<u>.</u>	42651839			03/08/1952		69 AÑOS 4 MESES 12 DIAS		2 DIAS
Discoult de la company											
Dirección de residencía	Habilual	SAN.	IUAN DE UA	ABA Depa	olnemahı	ANTIC	AIUDO	Municipio	SAN J	UAN DE URA	ABA
······································			·-								
Dhinada dalaada da a	<del> </del>	· · · · · · ·		SERVICIOS	AUTORIZADO	os:					
Ubicación del paciente al r	nomento de	la solicitud	de la autor	zación	<u> </u>						
X Consulta externa									-		
Urgencias		IHospila	llización	Servicio					Cama		
Manejo integral según gula de:	:							•			
	Cantidad	Descripció	n					<del>_</del> .	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	. Econolis	distant
452301 1 COLONOSCOPIA TOTAL IMAGE											
										in in	<u> </u>
<u></u>		·									
Numero de solicil											
TVOITETO DE SONOI	na oa ougan	1	Fecha	15/12/20	02		Hora	02:26:	57 p. m.		
<del></del>		-		D1000 0		<del></del>					
		·		PAGOS CI	OMPARTIDOS	i 					
Porcentale	del valor do	loe gandale	e do seto o	uta-iitu							
Torontajo	001 10101 08	IOS SELVICIO	2 09 6219 8	utorización a pagar	por la entidad	d responsabl	e del pago %				
Recaudo del prestador		Conc	ento	Valor en pesos		0					
•	-		noderadora	Telor oil pesos	Г	Porcer	ıtaje	Г	Valor má	ximo (tops)	eu bezoz
	<u></u>	<b></b> -	орадо	<del></del>	-			-			
	Ì		recuperacion	·	F			}-			
			otro		F			-			
			,				J	L			]
<u> </u>	INFO	ORMACION	DE LA PER	SONA DE LA ENTI	DAD RESPON	SABLE DEL F	AGO QUE A	UTORIZA			
lombre de quien autorize			ARMA	IDO ESPITIA M	_			Telefono:	,	8212086	
argo o actividad	<del></del>	AUXI	LIAR DE AT	ENCION AL COMUN	NERO		Telef	ono celular		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Observaciones ;								•			
	INFO	RMACION	DE LA PER	SONA DE LA IPS RI	CEPTORA Q	UE ACEPTA I	RECIBIR EL F	ACIENTE			
ombre de quien autorize								Telefono:			
argo o actividad							Telef	ono celular			
		Esta oro	len de servi	cio es única e intra	nsferible solo	valida en la l	IPS autorizad	la			
	Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la iPS autorizada sujeto auditoria medica ([Validez 90 clas]]										
											- 1
Firma del Paciente											



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

HOSPITALIZACION PISO 2 To

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 8 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



#### Factura Electronica de Venta ONCF171630

Cód, Habilitación: 230010094901 Numbre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 4.FEB.2022 16:32 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 4.FEB.2022 16:35 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento: 6.MAR.2022 Teléfono: E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde: 25.ENE.2022 Hasta: 31.ENE.2022 Otro No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Código ERP: Paciente: DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO No. Admisión: 0100609159 No. Doc.: 1038097665 Tipo Doc.: Ti Teléfono: 3113642751 Dirección: VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCASIA No. Poliza: Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA No. Autorización: 3273 Código Descripción Vaior Total HOSPITALIZACION PISO 2 T1 Area Funcional: 09 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 86,645,00 SERVICIOS DE IAPOYO EN LA ATENCION DE SALUD 279,300.00 MATERIALES E INSUMOS 295,228.00 MEDICAMENTOS POS 15 3,563,748.00 19 **EABORATORIO CLINICO** 464,065.00 **ECOGRAFIAS** 86,700.00 Subtotal Area >>> 4,775,686.00 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1 Area Funcional: CIRUGIAS GENERALES 17,214,400.00 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 561,800.00 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION 247,500.00 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD 1,396,500.00 LABORATORIO CLINICO 130,000.00 Subtotal Area >>> 19,550,200.00 Area Functional: CIRUGIA IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA 86,645.00 MATERIALES E INSUMOS 32,375.00 MEDICAMENTOS POS 127,643.00 Subtotal Area >>> 246,663.00 24,572,549,00 VALOR SERVICIOS: VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

VALOR DESCUENTO:

VALOR TOTAL FACTURA:

0.00

0.00

24,572,549.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6<sup>4</sup> # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020
No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



#### Factura Electronica de Venta ONCF171630

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

დდალისი Cód. Habilitación: 230010094	901	Factura E	<u>lectronica c</u>	<u>de Venta C</u>	NCF171630	
Identificación: NIT 901418364-1	ON TEMPORAL SUMEICOL IPS 901418364-1 2 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA  meicol.aicepsi2020@gmail.com  Tipo Contrato; Evento Otro  Ro  SORIO LUIS ALFREDO 665 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3113642751 ARLOS PADILLA LORA  Descripción  LONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE P  tronica de vente de compreventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 123 acción.  Vendedor:  Vendedor:  Se hace constar que la fore plaso de constante de cambio (artículo 5 Ley 123 acción.  FECHA: LO FECHA: LO FECHA: LO RECIBE:			4.FEB.2022 16:32 4.FEB.2022 16:35 6.MAR.2022		
		_	•		Cubre Desde:: Hasta::	25.ENE.2022 31.ENE.2022
No. Contrato: "Código ERP:	ente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS ción: NIT 901418364-1 ción: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA fono: Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com  trato: Tipo Contrato; Evento Otro ERP: Re DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO 1038097665 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3113642751 : VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCASIA JOSE CARLOS PADILLA LORA  Descripción  ATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PENTAVOS  Tactura electrónica de vente de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 intera satisfacción.  Vendedor:  Vendedor:  Firma  RECIBE:  Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 ONCF146567 af ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390	≀ Responsable	nponsable:UNION TEMPORAL SUMEIC			
Padente: DIAZ OSORIO LUIS ALFRED No. Doc.: 1038097665 Tipo Dirección: VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCAS Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA	Doc.: TI	Teléfo	no: 3113642751		No. Admis o. Políza: orización: 3273	ión: 0100609159
the six and the si						Valor Total
<b>VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS S</b>		L QUINIENTOS CL	JARENTA Y NUE	VE PESOS COI	N	24,572,549.00
La presente factura electrónica de vente de comprav servicios a entera satisfacción.	renta se asimila en sus e	efectos a una letra de	cambio (artículo 5 Le	sy 1231 de 2008). (	El contratante declara	haber recibido los
Afillado: Vendedo	Dennil P	Se hace const recibir, confess	FECHA: 10	population de la company de la	alta IGO Jersona está a priorme la mercancia. Ac	utorizada para firmat y epto está factura.
Firma	Firma			Harmy		
Habilitación Numeración de Facturación Elect consecutivo ONCF146567 at ONCF200000. P SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9l Forma de Pago: Credito	roveedar tecnológica	: The Factory HKA	Colombia NtT: 90	00390126-6 Soft	24 meses, Prefijo ( tware: TFHKA_CO lazo: 30 Dias	ONCF del 900390126

CUFE:8558bc631e19425e653e310dce595337ca9d620afe558b1f067978691ad4d3ea85ec8f2e1afb6fa899c6b46df459054d

Clintos



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NII: 901418364-1 | Codigo: 9014183641 | CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 | MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 1/02/2022 3:26:42 p. m.

Usuatio: Ti 1038097665 DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO Orden de Sarvicios No.: 3277
Dir y Tel: CALLE I Nº 4-50 239968 26/04/2005 Edad: 16 años, 9 meses y 6 días
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Ieléfono 239961
Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Téléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

FOURIGIAN: PROPRIEDO A TELEFONO DE LIDAD A TELEFONO UNIPERSONAL (INCLUYE INSTANCIÓN COMPILIDAD A TELEFONO UNIPERSONAL (INCLUYE INSTANCIÓN COMPILIDAD A TELEFONO UNIPERSONAL (INCLUYE INCLUYE INSTANCIÓN COMPILIDAD A TELEFONO UNIPERSONAL (INCLUYE INCLUYE al Servicios;

ROGER EDUARDO GIMENEZ MONICA FAJARDO ARGEL

Quien Autoriza flunci Recitió

filma Paciento



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

Fechn Orden 25/01/2022 11:55:31 a.m.

MONTERIA - CORDOBA 11:55:31 a.m. Usuario: Ti 1038097665 DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO Orden de Servicios No. 3273 Dir y Yel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 26/04/2005 Edad: 16 años, 9 mases y 6 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED, TMAT Teléfono: 7054344 deliber your 3495160741 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
PLEURECTOMIA PARTETAL POR TORACOSCOPIA 02 345102 1 9,497,600,00 9,497,600,00 04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUINURGIÇOS DECORTICACIÓN PULMONAR POR 345302 1 7.716,800,00 7.716.800,00 TORACOSCOPIA Total Sarvicios: 17.214.400,00 OGER EDIJARDO GIMENEZ MONICA FAJARDO ARGE Quien Autoriza Firma Realizó

Firma Paclente



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 68 # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

CONSULTA EXTERNA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

### Factura Electronica de Venta ONCF174863

Cód, Habilitación: 230010094901

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 10.FEB.2022 11:01 Fecha Validación: 10.FEB.2022 11:01

Fecha Vencimiento:12.MAR.2022

Cubre Desde: 14.DIC.2021 Hasta: 14,DIC.2021

Paciente: CASILLA VEGA EMIRO

No. Doc.: 70525282

Tipo Doc.: CC Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA Teléfono: 3143762251

Consecutivo: 0102088869

No. Poliza: No. Autorización: 2205

Código Area Funcional:

Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA Descripción

CONSULTA EXTERNA

CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

60,000.00

Valor Total

Subtotal Area :	>>> 60,000.00
VALOR SERVICIOS:	60,000.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	60,000.00

TOTAL

SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\*

60,000.00

La presente lactura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:

Se hace constar que la lirma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y ecibir, confesar la deuda y முழ்நூர் புருக்கிரி பிருநிலிகோடுரிகிருநேற்கே. Acepto esta factura.

NIT. 901418364-1 21-02

Fint a

Habilitación Numeración de Facturaci consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: Trie Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:3b85080491b7dbe4bc609b90f6d9ebd44d837baf7be8b30c59a9568

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 26/11/2021 9:48:24

ario: CC 70525282 CASILLA VEGA EMIRO

Orden de Servicios No.

2205

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

9/11/1969 Edad: 52 años, 0 meses y 17 días

Nil 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996

524 MODALIDAD EVENTO

ONCOMEDICA S.A.

Presiador del Servicio Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT

Teléfono: 7854344

Andrea & Colombia Car - Calombia

890246

CONSULTAS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

60,000.00

00,000,00

Total Servicios:

60,000.00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Firma Realizó

Firma Paciente

Qulen Autoriza



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

#### Factura Electronica de Venta ONCF175634

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Cód. Habilitación: 230010094901 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Fecha Generación: 11.FEB.2022 19:50 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 11.FEB.2022 19:52 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:13.MAR.2022 Teléfono: Cubre Desde: 29.DIC.2021 E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Hasta: 7.FEB.2022 Otro Tipo Contrato:Evento No. Contrato: Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Código ERP: No. Admisión: 0100602641 Paciente: OTERO CHIMA HERMINIA ROSA Teléfono: 3234404700 No. Doc.: 1101126119 Tipo Doc.: TI No. Poliza: CUFE:8d92bdbcc6dfc37604e28f52a4885463c15890f3a630c10abae1009d6e434405b1585e16d52b0780b13f9d98d7e8d5′ Dirección: CALLE 36 B N 10A 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: Valor Total Código Descripción Area Funcional: QUIMIOTERAPIA 30,866.00 **MATERIALES E INSUMOS** MEDICAMENTOS POS 12,929,966.00 Subtotal Area >>> 12,960,832.00 Area Funcional: **IMAGENOLOGIA** 4,490.00 MATERIALES E INSUMOS MEDICAMENTOS POS 1,160,605.00 Subtotal Area >>> 1,165,095.00 HOSPITALIZACION PISO 2 T1 Area Funcional: MATERIALES E INSUMOS 14,030.00 MEDICAMENTOS POS 26,790.00 15 LABORATORIO CLINICO 144,500.00 Subtotal Area >>> 185,320.00 Area Funcional: CIRUGIA 4,347,300.00 CIRUGIAS GENERALES 47,400.00 LABORATORIO CLINICO BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Valor Servicio Qx 413101C <u>Clrugia</u> 126,945.00 39003 Grupo 05 63,472.00 39003 Grupo 05 126,945.00 39003 Grupo 05 63,472,00 Grupo 05 39003 83,005.00 39103 Grupo 05 83,005.00 Grupo 05 39103 41,502.00 Grupo 05 39103 41,502.00 Grupo 05 39103 226,395.00 39207 Grupo 05 226,395.00 Grupo 05 39207 92,495.00 39302 GRUPOS 04 - 05 - 06 92,495.00 GRUPOS 04 - 05 - 06 39302 CIRUGIAS GENERALES 1,267,628.00 Subtotal Area >>> 5,662,328.00 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2 **Area Funcional:** 

CIRUGIAS GENERALES

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

1,272,000.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 68 # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente



#### Factura Electronica de Venta ONCF175634

Nombre Cliente; UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Código

Tipo Contrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 11.FEB.2022 19:50 Fecha Validación: 11.FEB.2022 19:52 Fecha Vencimiento:13,MAR,2022

> Cubre Desde: 29.DIC.2021 Hasta: 7,FEB,2022

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: OTERO CHIMA HERMINIA ROSA No. Admisión: 0100602641 No. Doc.: 1101126119

Tipo Doc.: TI Dirección: CALLE 36 B N 10A 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Teléfono: 3234404700

		 Valor Tota
 '	•	 953 095 00

CO. ALFRE	DO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR Descripción		No. Autorización:	Walso #
02				Valor Tota 953,095.0
03	CONSULTA MONITORIZACION Y	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		1,343,300.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICIN	A TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		1,861,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA A	TENCION DE SALUD		10,183,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS			3,976,302.00
15	MEDICAMENTOS POS			2,363,678.0
19	LABORATORIO CLINICO			1,724,200.00
21	GASES MEDICINALES			1,895,922.00
26	RESONANCIA			16,764,300.00
31	ECOGRAFIAS		•	102,000.00
99	QUIMIOTERAPIA			1,237,500.00
				· ·
			Subtotal Area >>>	43,677,697.00
ncional:	73 HOSPITALIZACIO		-	
01	BIOPSIA POR A	SPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA			318,000.00
03		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		146,800.00 2,270,720.00
05		A TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		648,900.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REF			1,118,900.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA A			5,909,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS			1,321,213.00
15	MEDICAMENTOS POS			4,832,665.00
19	LABORATORIO CLINICO			4,852,700.00
26	RESONANCIA			11,005,800.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZAD	AS		686,800.00
31	ECOGRAFIAS			158,600.00
_ ·				100,000.00
			Subtotal Area >>>	33,270,398.00
		VALOR SERVICI	OS:	96,921,670.00
		VALOR CORAC	06:	

Area Funcional:	73	HOSPITALIZACION PISO 4 T2	
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
01	CIRUGIA	S GENERALES	318,000.00
02	IMAGEN	OLOGIA Y RADIOLOGIA	146,800.00 }
03	CONSUL	TA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,270,720.00
05	PROCE	DIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	648,900.00
07	DESEME	PEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	1,118,900.00
13	SERVIC	OS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	5,909,300.00
14	MATERIA	ALES E INSUMOS	1,321,213.00
15	MEDICA	MENTOS POS	4,832,665.00
19	LABORA	TORIO CLINICO	4,852,700.00
26	RESONA	NCIA	11,005,800.00
27	TOMOGE	RAFIAS COMPUTARIZADAS	686.800.00

 Subtotal Area >>>	33,270,398.00
VALOR SERVICIOS:	96,921,670.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	96,921,670.00

Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6ª # 72-34 ED, IMAT 7854344 Monterla - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorrelenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF175634



Nombre Cliente: UNION TEMF Identificación: NIT 9014183 Dirección: CL 42 10 A 36 Teléfono:		ORDOBA	-		ón: 11.FEB.2022 19:56 ón: 11.FEB.2022 19:56 ito:13.MAR.2022
E-Mail: utsumeicol.aice	epsi2020@gmail.com				de: 29.DIC.2021
No. Contrato: Código ERP;	Tipo Contrato:	Evento	Otro Respon	sable:ASOCIACION IN	sta: 7,FEB.2022 DIGENA DEL CAUCA
Paciente: OTERO CHIMA I No. Doc.: 1101126119 Dirección: CALLE 36 B N 10A Médico: ALFREDO ENRIQU	Tipo Doc.: TI 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA	Teléfono:	3234404700		nisión: 0100602641
Código Descripció	ón			· · · <u>· ·</u>	Valor Total
	NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISC	IENTOS SETENT	A PESOS CON CER	O CENTAVOS	96,921,670.00
La presente factura electrónica de ve servicios a entera satisfacción.	enta de compraventa se asimila en sus efectos	a una letra de camb	oio (artículo 5 Ley 1231 de	e 2008). El contratante deci	lara haber recibido los
Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que recibir, confesar la d	la firma distir ta el comprado euda y obligar el contratente	or supone que dicha persona es Recibí conforme la mercancia	stá autorizade pare firmar y . Acepto esta factura.
Firma	- Filma			Firma	
Habilitación Numeración de Fact	uración Electrónica Dian Nº 187640223	46823 del 03/12/	2021 al 03/12/2023 V	ganois 24 magas. Brofi	io ONCE dal

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Asunto: Re: SOLICITUD DE COTIZACION: PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL- HERMINIA OTERO De: cotizaciones <cotizaciones@imatoncomedica.com> Fecha: 04/01/2022, 05:43 p. m. Para: admisiones <admisiones@imatoncomedica.com> Buenas tardes, Se reconocen a tarifario no requieren cotización. Cordialmente; SINDY PAOLA CARVAJAL SALAS Asistente de Mercadeo y Contratación +57 (4) 7854344 Ext: 1216 IMAT - Oncomedica S.A. La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos. Si usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la Información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada. IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado. Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo si no es necesario

De: admisiones

Enviado: martes, 04 de enero de 2022 3:37:38 p. m.

Para: cotizaciones

Asunto: SOLICITUD DE COTIZACION : PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL- HERMINIA OTERO

**BUENAS TARDES** 

SOLICITO COTIZACION ADJUNTA PACIENTE HERMINIA OTERO CHIMA SUMEICOL EPS

903876

903874

CREATININA EN ORINA PARCIAL PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL

SILVIA PEREZ

Asistente de Cuentas Medicas

IMAT - Oncomedica S.A.

Asunto: Fwd: ANEXO 3 HERMINIA ROSA OTERO CHIMA INGRESO HOSPITALARIO DEL 20 DE ENERO

DEL 2022 IMAT ONCOMEDICA

De: Sixta Rosa De Castro Escorcia <autorizaciones@imatoncomedica.com>

Fecha: 16/02/2022, 02/28 p. m.

Para: UCI <asistentegcipuci01@imatoncomedica.com>

**PSC** 

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:Re: ANEXO 3 HERMINIA ROSA OTERO CHIMA INGRESO HOSPITALARIO DEL 20 DE ENERO

DEL 2022 IMAT ONCOMEDICA Fecha:Sat, 5 Feb 2022 13:24:51 -0500

De:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

Para: AUDITOR SUMEICOL <a discussiones <a href="mailto:sumeicol.com">sumeicol.com</a>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:sumeicol.com">sumeicol.com</a>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:sumeicol.com">sumeicol.com</a>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:sumeicol.com">sumeicol.com</a>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:sumeicol.com">sumeicol.com</a>, Lider De Autorizaciones

El jue, 20 ene 2022 a la(s) 14:36, Sixta Rosa De Castros Escorcia (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Señores:

SUMEICOL

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del, paciente:

HERMINIA ROSA OTERO CHIMA identificado con el numero 1101126119 hospitalización correspondiente a INGRESO HOSPITALARIO DEL 20 DE ENERO DEL 2022

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la realización de servicios posieriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adopterá el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la alención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgancias o internación, la solicitud de vautorización se deberá enviar entes del venctulento de la autorización vigente, o a más tardar deniro de las doce (12) hores siguiantes a su terminación. En caso de que tuego de tres (3) Intentos de envio debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente résolución, en un período no menor de cualro (4) horas, con iglervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servições de setud no logre comunicación con la ontidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o via fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo envistán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municiplos deberán onviario a la dirección departamental de salud. Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes reclibidos y requerirán a los entidados responsables del pago en las que reliteradamente se detecte la Imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la afonción inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud parà lo de su competencia Dicho Informe se considera un mensaje de datos y su archivo se nealizará de acuerdo con lo establacido en la Loy 527 de 1999 o en las normas que la aedifiquen, adictorion o sustituyen. La constancia de este envia se anexeré a la facture, quedendo prohibido pera la entidad responsable de pago objetar el pago de los sorvicios con el argumento de que no le lue solicitada la autorización operturamente. El prestador de servicios de salud Insistirá el la convintención con la entidad responsible del pago, procurando que los servicios cuentos con la autorización correspondiente.

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no

obtenerse respuesta dentro de los térmir servicio y no será admisible glosa u objecio	nos establecidos en dicha norma, se	entenderá (	como autorizado el
de la factura, toda vez que se trata de heci	ón alguna por dícho concepto, así mis nos atribuibles a la éntidad responsabl	mo, no será de pago.3	motivo de no pago
SIXTA ROSA DE CASTRO ESCOR Asistente de Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608-3609	CIA		
IMAT - Oncomedica S.A.			
La información contenida en este correo, incluidos sus solo para conocimiento y uso de las personas a las cur	archivos adjunios, es confidencial y ales están dirigidos,		
Si usted recibe este correo por error, le solicitamos not abstenerse de compartir o divulgar la información cont dicho correo de su bandeja de entrada.	lificate a la parcana remitente y		
IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de a	illeraciones que pudiese presentar este correo		1 man.
Protejamos Et Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario.			
- Adjuntos:			
HERMINA ROSA OTERO CHIMA11.PDI			14,1 KB
1045531195 INTERNA pdf			116 KB
		•	
	-		· · · ·
		-	
#1 # III # III			
	. ;	· '	

Asunto: Fwd: ANEXO 3 HERMINIA ROSA OTERO CHIMA HAB BIPERSONAL DEL 21 DE ENERO AL 05

DE FEBRERO DEL 2022 IMAT ONCOMEDICA

De: Sixta Rosa De Castro Escorcia <autorizaciones@imatoncomedica.com>

Fecha: 16/02/2022, 02/28 p. m.

Para: UCI <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>

**PSC** 

----- Mensaje reenviado -----

Asunto:Re: ANEXO 3 HERMINIA ROSA OTERO CHIMA HAB BIPERSONAL DEL 21 DE ENERO AL 05 DE FEBRERO DEL 2022 IMAT ONCOMEDICA

Fecha:Tue, 8 Feb 2022 15:18:17 -0500

De:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

Para:NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@lmatoncomedica.com>, Lider De

Autorizaciones | Lider.autorizaciones@imatoncomedica.com >

El lun, 7 feb 2022 a la(s) 15:59, Sixta Rosa De Castros Escorcia (<u>autorizaciones3@imatoncomedica.com</u>) escribió:

Señores:

#### SUMEICOL EPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo № 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

HERMINIA ROSA OTERO CHIMA identificado con el numero 1101126119 hospitalización correspondiente a HAB BIPERSONAL DEL 21 DE ENERO AL 05 DE FEBRERO DEL 2022

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Articulo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la alención inicial de urgencias. Si para la realizaciónde servicios posteriores a la alención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptorá al formato definido en el Ánexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. Le solicitud de autorización para continuar la atonción, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuairo (4) horas siguientes a in terminación de dicha atonción. En caso quo so requieren servicios adicionales a la primera autorización en el servicio do urgencias o internación, la solicitud de vaniorización se deberá anviar antes del vencimonto de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envía debidamente soportados a los medios de recopción de información establacidos on el entículo 10 de la presente resolución, en un período no mentor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador da servicios de salud no toure comunicación con la entidad responsable del pago, deberá renviir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, nel: los ubicados en municiplos categoria especial, primara calegoria y segunde categoria, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municiplos deberán enviario a la dirección departamental de salud. Los direcciones territoriales de salud mantendrán un archive con los informes recibidos y requedirán a las entidades responsables del pago en las que relieradamento se detecto la impostitidad de consunicación para soticitar autorización de sorvictos posteriores a la atención inicial do uigencias. De esto trámito deberá remitirse copia a la Superintendoncia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho luforme se considera un mensejo de datos y su orchivo se realizará de acuerdo con lo asiablecido en la Cay 527 de 1909 o en las normas que la nexilitatien, adicionen o sustituyan. La constancia do este envie se amezirá a la factura, quedende probibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no lo tue solicitada la autorización opertunamente. El prestador de servicios de solud insistirá en la consunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización corréspondiente.

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, cle no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.3 SIXTA ROSA DE CÁSTRO ESCORCIA Asistente de Cuentas Medicas +57 (4) 7848997 Ext: 3608-3609 IMAT - Oncomedica S.A. La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos. Si usted recibe este correo por error, la solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulger la información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada. IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado. Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario. ·Adjuntos: HERMINA ROSA OTERO CHIMA (9). PDF 14,0 KB 1101126119 internacion.pdf 116 KB

	Asunto: Fwd: ANEXO 3 DE HERMINIA ROSA OTERO CHIMA - UNIPERSONAL DE LOS DIAS 6- 07 DE FEBRERO - IMAT ONCOMEDICA  De: Sixta Rosa De Castros Escorcia < lider.autorizaciones@limatoncomedica.com > Fecha: 16/02/2022, 02:28 p. m.  Para: UCI < asistentegcmuci01@imatoncomedica.com >
	PSC
	Mensaje reenvlado
	Asunto:Re: ANEXO 3 DE HERMINIA ROSA OTERO CHIMA JUNIDERSONAL DE LOS DIAS OLOS
	FEBRERO -IMAT ONCOMEDICA Fecha:Tue, 8 Feb 2022 14:54:28 -0500
	De:MONICA FAJARDO <autorizacionutermoisol@moit< td=""></autorizacionutermoisol@moit<>
<	and Darid Galindo lylendez <autorizaciones3@imatoncomodice a<="" and="" td="" the=""></autorizaciones3@imatoncomodice>
	<a href="mailto:sider.autorizaciones@imatoncomedica.com">sider De Autorizaciones</a>
	Fl mar 8 fob 2022 - 1-/-3 to 27 -
	El mar, 8 feb 2022 a la(s) 10:27, Dania Galindo Méndez ( <u>autorizaciones3@lmatoncomedica.com</u> )
. :	
	ENVIO II
•	
	Asunto: ANEXO 2 DE LIPRAMANA DOSA
	Asunto: ANEXO 3 DE HERMINIA ROSA OTERO CHIMA -IMAT ONCOMEDICA Fecha: Mon, 7 Feb 2022 16:40:25 -0500
_)	De:Juan Guillermo Berrio Guzman Cautorizaciones 2 Gina de la la la la la la la la la la la la la
	A THE STATE AND INDEVO SAUTOPITACION HER PROPERTY AND AND AND AND AND AND AND AND AND AND
il	-AIC NUEVO <siau.utsumeicol@gmail.com>, autorizacion@utsumeicol.com</siau.utsumeicol@gmail.com>
	Seffores:
$ \cdot  $	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
	- TEVII OKAL SOIVIEICUL IPS
!	Cordial Saludo.
	De manera atenta, adjunto anexo Nº 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia
	HERMINIA ROSA OTERO CHIMA identificado con el numero 1101126119 hospitalización correspondiente a HAB UNIPERSONAL de los días 06-07 DE FEBRERO DE 2022
	FREL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003/047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servictos posteriores a la atención inicial de urgencias. Si pare la realización de servicios posteriores a la alención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisilo la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieren servicios adicioniales a la primera autorización en el servicio de urgencias o interneción, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. En caso de que luego de tres (3) intentos de envio debidamente soportados a los medios de recepción de información ostablecidos en el artículo 30 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a madia hora, el prestador de servictos de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá renvitir la soficitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o via fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el presigidor de servicios de salud, así: los ubicados en municiplos calegoría especial, primera calegoría y segunda calegoría, lo envierán a su respectiva dirección minicipal de solud, los ubicados en distritos lo enviaren a la dirección distritat de salud y los ubicados en los demás municiplos deberán orwarlo a la dirección departamental do salud., Las direcciones territoriales de salud mantendrán un orchivo con los informas recibidos y requesirán a las unitidados responsables del pago en las que rolteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitad autorización de servicios posiciforos a la atención inicial de urgenicias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho Informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o un las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. La constancia de este envio se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argymento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El presiador de servicios de salud insistiró en la conunicación con la entidad responsable del pago, procujando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

NOTA: De conformidad, con lo establecido en el Inciso 4º del artículo 14 del Decreto 4747 de 2007, de no obtenerse respuesta dentro de los términos establecidos en dicha norma, se entenderá como autorizado el servicio y no será admisible glosa u objeción alguna por dicho concepto, así mismo, no será motivo de no pago de la factura, toda vez que se trata de hechos atribuibles a la entidad responsable de pago.3

Brian Escobar Rada ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS +57 (4) 7848997 Ext. 3609

IMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.

Si usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contenida en este y en lo posible eliminar dicho correo de su bandeja de entrada.

IMAT - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alleraciones que pudiese presentar este correo una vez enviado.

Protejamos El Medio Ambiente No imprima este correo sino es necesario.

-Adjuntos:--

HERMINA ROSA OTERO CHIMA (8).PDF

14,1 KB

1101126119.pdf

116 KB

Asunto: Fwd: SOLICITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CHIMA PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE) VALOR \$949.760 IMAT ONCOMEDICA De: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com> Fecha: 07/02/2022, 10:03 a. m. Para: admisiones <admisiones@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACIÓN 4 PISO TORRE 1 <asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com>, ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 2 PISO <asistentegcmhosp01@imatoncomedica.com> DSC ----- Mensaje reenviado -----Asunto:Re: SOLICITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CILIMA PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINAR O POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE) VALOR \$949.760 IMAT ONCOMEDICA Fecha:Mon, 7 Feb 2022 09:22:34 -0500 De:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com> Para:SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ <autorizaciones3@imatoncomedica.com>, Lider De Autorizaciones <a href="mailto:sutorizaciones@imatoncomedica.com">
<a href="mailto:sutorizaciones@imatoncomedica.com">sutorizaciones@imatoncomedica.com</a> El sáb, 5 feb 2022 a la(s) 12:02, SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió: **Buenos** dias Señores SUMEICOL EPS Cordial saludos, de manera atenta envio solicitud de Visto Bueno para la tarifa cotizada, servicio para el paciente HERMINIA ROSA OTERO CHIMA Identificado con Nº 1.101.126.119, quien requiere con prioritaria el tratamieno ordenado PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE). VALOR \$949.760 Cordialmente Sirley Mejia Diaz

	Asistente de Cuentas Medicas ±57 (4) 7848997 Ext: 3608 IMAT - Oncomedica S.A.	· ·			· :
; ; ·	La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para conocimiento y uso de las personas a las cuales están dirigidos.  Adjuntos:		_		
: .	HERMINA ROSA OTERO CHIMA (7).PDF			1.	•
	1101126119 PROC.pdf		<u>.                                    </u>	14,1 KB 116 KB	
				Principles and the state of the	



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

!	NUMERO AUTORIZ	ACION POP	5047800	Fecha: 05/02/2022	2 H	  ora: 16;28;31	-
	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INI	DIGENA DEL CAUCA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
	INFORMACION DEL PRESTADOR (AU	Jorlzado)			ODIGO EPSIO	3	!
	Nombre UNION TEMPORAL SUMEICO		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		NIT 1 901410	364	
ļ	Código 9014193641 Dirección d	el President CALLE	^^		CÇ 🗌 Mûmerc	)	
ļ	eléfono 3 137764435, Departamento	el Prestador CALLE 42 10					<u> </u>
ľ	Correo: ulsumelcol.alceps12020@gma	CORDOBA	23	Município	MONTERIA	001	
ĺ	, and a second s	1.cor Conicato: 524-2022		UPERACION DE LA S	ALUD MEDIANA	Y ALTA COMPLE.	JIDAD
ŀ	OTERO CH		DATOS DEL PACIE	NTE			
L	1er Apellido	IMA 2da Analista	HERMINA		ROSA		,171
	Tipo Documento de Identificación	2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
ļ	☐ Registro Civil ☐ P	asaborte LJ	1 Cédula de Extranter	la No Documento de			•
į		dullo Sin Idenlilicación			<del></del>	Edad	:
		lenor Sin identificación		14/01/2005 Fecha de Nacimien		SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUB:	Olbio
- 1989	Dirección de Residencia Habiluel		······································	, some de Hacilitett	<u> </u>	eléfono	סוטוט
	Departamento LA GUAJIRA		44	Municiplo RiOHA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	001	or some
ַן	eléfono Celtilar	Correo Electro	ónico	, ROIN	1	1 (00)	3/25 3
-		51	ERVICIOS AUTORIZA	ADOS	-	1	-
ļ	Ibicación del paciente al momento de la	solicitud de la autorización	n .			: :	·
ш	☐ Consulta Externa [汉] Hospitalizaciói ☐ Urgencias	a Servicio HOSPITALIZ	ZACION	<u> </u>	<del>                                      </del>	jama [	
	Manojo Integraf Según Guin do:	<u> </u>			<u> </u>	1	
G	ódigo CUPS Cantidad Descripción	<u> </u>					
- 8	90502 1 PARTICIPAC	ION EN JUNTA MEDICA O EC	QUIPO INTERDISCIPLIN	ARIO POR MEDICINA ES	Especial PECIALIZADA V.C.	Idad	
	NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1		Fecha: 2022-02-05		<u> </u>	
$\vdash$		F	AGOS COMPARTIDO	os	Hora;	116:20	
Po	orcentaje del vator de los servicios de e	la autorización a pagar po	or la enlidad responsal	ole del pago %	100		
las	manas de abliación del paciento a la so	licitud de la autorización	C	Reciamo de liquete,	<u> </u>		
Ke	caudo del presiador Coñcepto	Valo	t eu beaos	Porcentaje (%)		o (Tope) en pesos	
۱.	☐ Cuota Modera ☑ Copago	Idora	0.00 \$	0.00 \$			!
	Cuota de Rec	nbetacjou		0.00 \$		 	i
7	[] Oko	INFORMACION	UCE LA DECRONA		<u> </u>		
No	mbre de quien autoriza I	INFORMACION	N DE LA PERSONA C Teléfono	WE AUTORIZA			
	RENA MUELAS PECHENE		FORTOILO	· <del>_</del>	· ·	<u> </u>	
Ca	rgo o actividad: AUX DE ENFERMERIA		Yelelono Ce	lular:		<del> </del>	
FC	OM 05/02/2022	-					<del> </del>
	# F			-			
1			,				
					•		
İ					• •		
Ť.	· i						
			orděn do servicio es ún				_ [
1	ma del Paciente	;	Solo valkin en in IPS au	lorizada	,		
		SANT IN	AUDITORIA MEDICA <	WALIDEX 00 DIAS>>		Poglyaia 1 d	e 1
		· ·			ļ		
				ļ			



#### Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

5/02/2022 MONTERIA - CORDOBA 9:21:46 a, m, Usuario: TI 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA Orden de Servicios No. 3312 Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 14/01/2005 Edad: 17 anos, 0 meses y 21 días Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 23996 Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO Presiador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 and the control of th Grantidoek a Villalian (1811 Approximate) CONSULTAS 890502 PARTICIPACIONIEN JUNTA MEDICA - POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO 949,760,00 949,760,00 (PACIENTE) + Total Servicios: 949,760,00

ROGEN EDUARDO GIMÉNEZ Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL Firma Realizó

Flama Paciente

, Asunto: Fwd: SOLICITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CHIMA INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDÍATRICA + INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA IMAT ONCOMEDICA De: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO < autorizaciones 3@imatoncomedica com> Fecha: 05/01/2022, 05/55 p. m. Para: admisiones <admisiones@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 4 PISO FORRE 1 <asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com>, ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS <asistentegcmuci01@irhatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 2 PISO <asistentegemhosp01@imatoncomedica.com> **PSC** -- Mensaje reenviado -----Asunto: Re: SOLIGITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CHIMA INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDÍATRICA + INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA IMAT ONCOMEDICA Fecha: Wed, 5 Jan 2022 17:45:28 -0500 De:MONICA FAJAROO <autorizacionutsumeicol@gmail.com> Para:SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ <autorizaciones3@imatoncomedica.com>, Lider De El mié, 5 ene 2022 a la(s) 11:48, SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió: Buenos dias Señores SUMEICOL IPS Cordial saludos, de manera atenta envio solicitud de Visto Bueno para la tarifa cofizada, servicio para el paciente HERMINIA ROSA OTERO CHIMA Identificado con N° 1101126119, quien\_ requiere con prioritaria el tratamieno ordenado INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDÍATRICA + INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA **VALOR \$381.600** Cordialmente NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO

Asislente de Cuenta +57 (4) 7848997 Ex IMAT - Oncom	edica S.A.				,		 	
La Información conteni solo para conocimiento : Adjuntos:	da en este correo, incl y uso de las personas	uidos sus archivos s a las cuales están	adjuntos, es cont ) dirigidos,	Adenciał y		<del>                                     </del>		
HERMINA ROSA		(3).PDF	<u>.</u>					14,1 KE
1101126119 CO	·N.pdf				,			116 KE
du							5. 1.	•
						· -		

٠.



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nii: 901418364-1 | Codigo: 9014183641 | CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435

5/01/2022 5:44:38 p. m.

MONTERIA - CORDOBA 5:44:38 p. m. Usuario: Ti 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA Orden de Servicios No. 2900 Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 14/01/2005 Edad : 16 ciños, | 11 meses y 22 dícis Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA NII 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996 524 MODALIDAD EVENTO Contrato: Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Telélono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 er i i enamination e e e Gunidad Vilbilatio (Ultrafil) CONSULTAS 890154 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA 190.000,00 190,000,00 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA 820469 190,800,00 190,800,00 Total Servicios: 381,600,00 Qulen Autoriza Firma Realizó Firma Paciente



## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

•	NUMERO AUTORIZ	AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD CION POP 5004982 Fechu: 05/01/2022		ora: 17:11:48
	ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ADOCHACIONATION	<u> </u>	
	INFORMACION DEL PRESTADOR (AL		ODIGO EPSIO3	
	Nambre UNION TEMPORAL SUMERCE	<del></del>	NIT 🗹 9014183	364
			C C Número	
		Presiador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
	Teléfono 3137764435 Departamento	CORDOBA 23 CORDOBA Municipio	MONTERIA	0010,777.0
	Correo; utsumelcol,alcepsi2020@gma	cor Contralo: 524-2022 RECUPERACION DE LA S	ALUD MEDIANA	Y ALYA COMPLEJIDAD
		DATOS DEL PACIENTE	1	
	<u> </u>	IMA HERMINA	ROSA	
	1er Apellido	2do Apellido 1er Nombre	<del></del>	2do Nombre
	Tipo Documento de Identificación	1101126119	<del>.</del>	<u></u>
	PT T-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-	aseporte Cédula de Extranjería No Documento de	Idenlificación	Edad
	— — — — — — — — — — — — — — — — — — —	dulto Sin Identificación fenor Sin Identificación 14/01/2008	; ;	SUBSIDIO TOTAL
1		Fecha de Nacimier		MODALIDAD SUBSIDIO
***	Dirección de Residencia Habitual  Departamento LA GUAJIRA		1	elélono
	Departamento LA GUAJIRA Teléfono Cektlar	44 Municipio RIOHA	CHA .	0013 3487
1	Toblono Certifal	Correo Electrónico		
ł		SERVICIOS AUTORIZADOS	<u> </u>	
.	Ubicación del paciente al momento de la Consulta Externa M Hospitalizació		1	<u> </u>
	Urgencias	Servicio HOSPITALIZACION	C	ema
1	Manejo Integral Según Guia de:		<u> </u>	
	Código CUPS Cantidad Descripció		Especial	lidad:
 T		ULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		
ŀ	NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	700(0, 2022-0)-03	Hora:	17:11
ŀ.		PAGOS COMPARTIDOS	,	
ľ	Porcentaje del valor de los servicios de e	sta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %	100	: , {
IS IS	Bemanas de afiliación del paciente a la s Recaudo del presiador Concepto			
ľ	Custa Model	Valor en pesos Porcentaje (%)	Valor Máxim	(Tope) en peacs
ĺ	Copago	0.00 \$	] .]	
	Cuola de Re	cuperaclón	[	
7	1000	INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	<u> </u>	<u> </u>
▭	lombre de quien autoriza	Teléfono	<u></u>	
	RANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA			
5	argo o actividad: AUX REFERENCIA Y	CONTRAREFEREN Teléfono Celular:		
F	OM 05/01/2022 ORDEN VALIDA P	ARA: 890454 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN IN	FECTOLOGÍA	
3.	890469 1 INTERCONSULȚA POR I	SPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA		
	. ] ·			, :
ĺ.			· .	
l		• •	,	
			1	
		l · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
_			<u> </u>	
_		Esta ordén de servicio es única e intransferiblo	<u> </u>	
<u> </u>	Firma del Paciente	Solo valida en la IPS autorizada		Paging of the 4
	Firma del Paciente			Pagina la 1 de 1

								•				
EMA		, province.		AF	REA ADMI	NISTR	ATIVA	<del>"</del>	$\dagger$			lGO:
Megic	7 19 A	A E	<del> </del>	GESTI	ON DE CL	JENTAS	MÉDICAS	3	<u> </u>			GCM-009
	Garage emento	dicario.		FOR	RMATO DE	E COTE	ZACIÓN					PROBACIÓN
						<u>.</u> .	<u></u>			Ve	RSIC	N: 002
FECHA	. T	04/0	1/2022	700 -71		. <u>1 . 1 .</u>		77 * 1.00.0 1.24		<u> </u>		1
CLIENTE	1	0410	UNION TEMP	ODBAL 9	St IMETOOL	tro	·	1-1-1-1	<u> </u>			·
NOMBRE D	EL PAC	IENTE			OSA OTE		·	TARIFA	This			PIA
				THE STATE OF	OJA OTE	CO CITIE	V1/A	I.D.		1,	101.1	26.119
CODIGO			<b>3</b> D.	SCRIPO	HON	<del>-</del>		CANTO	4.5.1	enisiya i il	<del></del>	
		- ****				<del></del> -		CANTID	Vn	VR. UN	11	VR. TOTA
890454-1	PEDIA	CONSUI TRICA	LTA POR ESPEC	HALISTA	EN INFECT	OLOGÍA		1		<b>\$ 190</b> ,	800	\$190.80
	,											¥100.01
						٠.					ŀ	
890469	INTER	CONSUL	TA POR ESPEC	IALISTA	EN NEFRO	LOGÍA PI	EDIÁTRICA	1		<b>\$</b> 190	800	\$190.80
												,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
							•				ĺ	
•							ŀ		ĺ			
			-				· ·				ĺ	
								· .				
								j			ĺ	
. '								]				
	1							j				
	j						i					
·				•			. ]					
	1		·							. :		
ļ	!								-	.	- [	
	į		· .					-	İ	.	].	i e
	į		٠.				. 1	Ì				•
						•	. [		1		:	
			•	-			ł					
	i							· .		.	.   '.	
<u> </u>	-  -	. <u> </u>					. 1			.		
<u>· · · ,  </u>	i		<u></u>						╅	Vr.BRUTO	7	\$381.600
	<u> </u>			·					_	СООРАС		1 .
	į	n	1	1					1	PAGO	1	:
	,	114	高温泉外	도소					۲	OMPARTIO OCTO	<u> </u>	<u> </u>
	Ì	F')K	Joneshierika	ē . ē . ↓				Ì	-  -	BC I U	_ļ_	· · · · ·

Coordinador de Gestion de Cuentas Medicas

VALOR TOTAL

\$381,600



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nif: 901418364-1 Codigo: 9014183641

CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Techa Olden 4/01/2022 2:53:44 pl jn.

Usuario: 11 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Orden de Servicios No.

2022

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

14/01/2005 Edad: 16 años, 11 meses y 22 dios NII 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 239961

Prestador del Servicio Dirección y Telélono:

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

**建設大学和各种的企业** 

Confidence and the second of the second

02. 109888

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

the to hear wife and the large second

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON GADOLINIO DIPA +

898106

ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA P

04

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTIÇOS QUIRURGICOS

BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA 413101

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Qulen Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

firma Paciente



# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

5042916

Fecha: 02/02/2022

Hora: 23:51:27

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CO	DDIGO EPSIO:	<u> </u>	
INFORMACION DEL PRESTADOR (AU	iorizodo)		<u></u>	
Numbre UNION TEMPORAL SUMEICO	)), IPS	WT 201418		
Código 9014183641 Dirección d	Presiador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	C Númara	) 	_,
Teléfono 3137764435 Departemento	CORDOBA 23 Municipio	MONTERIA	1 601	
Correo: utsumelcol,a/ceps/2020@gma			001	<u></u> _
-	DATOS DEL PACIENTE	ALOD MEDIANA	T ALTA COMPLETION	D
OTERO CH	MA HERMINA	ROSA		
1er Apellido	2do Apellido 1er Nombro	1 KOSK	2do Nombre	
Tipo Documento de Identificáción	1101126119	1	2 do Moninje	
	asaporte Cédula de Extranjeria No Occumento de I	dentificación	Edad	
	Julio Sin identificación			
Cédula de Cludadanía 🔲 N	enor Sin Identificación 14/01/2005 Fecha de Nacimient		SUBSIDIO TOTAL	_
Dirección de Residencia Habitual	Lectia de tarcullati	<del></del>	MODALIDAD SUBSIDIO	U
Departamento LA GUAJIRA	44 P. T. Municipio RIGHA	<del> </del>	Teléfono	
Telétono Celular	44 English Municipio Richar	CHA	001	
	SERVICIOS AUTORIZADOS	 		
Ubicación del paciente al momento de la		<u> </u>		
Constilla Externa M Hospitalizació	n Servivia HOSPITALIZACION	<u> </u>	ļ , <u></u> -	
Urgenclas	HOSPITALIZACION	<del>                                     </del>	Cama	<u> </u>
Manejo lategraf Según Chila de:		<u>,                                     </u>		
Código CUPS Cantidad Descripció 413101 1 BIOPSIA PO	N ASPIRACION DE MEDULA OSEA	Especia	lidad	
<u> </u>	<u></u>			- 1
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1 05/14: 1022-02-02	Hora:	23:51	
	PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentale del valor de los servicios de e	sta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %	100		
Semanas de afiliación del paciente a la s	olicitud de la autorización 0 Rectamo de tiquete,	bono o vale de i	page [	
Recaudo del presiador Concepto	Valor en pesos Porcentale (%)		o (Tope) en pasos	-
Cuola Moder	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
[ Copago ☐ Cuota de Re	0.00 \$ 0.00 \$			·
Otro	Substantit (			- 1
	INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	Teléfono	· · · · ·	<u> </u>	$\dashv$
LORENA MUELAS PECHENE				$\dashv$
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERI	A Teléfono Celular:	· ·		╡
FOM 02/02/2022				
898004 Medula osea +033101 PUN	DIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)	: 	'	
†898106 ESTUDIO DE CITOMETRI	A DE FLUJO EN BIOPSIA +898002 Secreción urefral o vaginal	examen micro	scopico e/u	
.   Langoon Fidnico cetalotradriigeo' ex	amen físico y citoquímico (incluye: glucosa, proteinas, cloruros)		,	
				- [
			i	
			l	
	Tale and the 3			f
-	Esta ordén de suivicto es única e intransferiblo Solo valida en la IPS autorizado	i		
Firma del Paciento	SUJETO AUDITORIA MEDIA < <validez dias="" do="">&gt;</validez>		Paidnara 1 de 1	٠ .

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·	[			
IMAGIT	AREA ADMINISTRATIVA GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS	,		DIGO:	
Medicouxitis	OLOTION DE CUENTAS MEDICAS	<u> </u>		GCM-009	
onconsolitai s.n.	FORMATO DE COTIZACIÓN	***************************************		E APROBACIÓN SIÓN: 002	
				JN: 002	
FECHA 08/0	1/2022			,	
CLIENTE	UT SUMEICOL.	TARIFA	l Inch	OPIA	
NOMBRE DEL PACIENTE		I.D.		126.110	
		11.01	1.101.	120,110	
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VR. UNIT	VR. TOTAL	
890602-7 CUIDADO (MA	NEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA		<u> </u>		
ESPECIALIZAI	PA - NEFROLOGÍA PEDIATRICA	1 .	\$ 190,800	\$190,800	
1		-		ł.	
		,			
Nota: se realiz	a cotización del servicio prestado el 07/01/2022				
1.	The state of the s				
		· .			
				.*	
:		]	·		
			•		
				•	
			i		
	·			•	
	· · · · ·			•	
ļ	·			•	
	·		.   [		
		1			
	[ · · · · ]				
	[. · · ]		, ',		
				1	
			• [		
ON: CIENTO NOVE	NTA MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL	<del>-                                    </del>	Vr.8RUTO	\$190,800	
:			COOPAGO	7.33,500	
,			PAGO		
$\sqrt{n}$	MARCIE		COMPARTIDO		
	MINERAL MARINES CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF		DCTO	!	

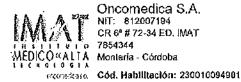
Coordinador de Gestion de Cuentas Medicas

VALOR TOTAL

\$190.800

MEDIC			AREA ADMINIS GESTIÓN DE CUEN	TRATIVA TAS MÉDICA:	3		FR <sup>L</sup> /	ÓDIGO: AD-GCM-009 DE APROBACIÓN		
onconnelled i.u.			FORMATO DE CO	FORMATO DE COTIZACIÓN						
		Ţ <u>`</u>		Tax and the			VEI	RSIÓN: 002		
FECHA		07/0	1/2022	<u> </u>						
CLIENTE			SUMEICOL EPS		TARIFA	: 		DDODIA		
NOMBRE	DEL PA	ÇIENTE	HERMINIA ROSA OTERO	CHIMA	I.D.	<del></del>		PROPIA 01.126.110		
		j			11.112.		111	01.126.110		
CODIGO			DESCRIPCION		CANTID	αD	VR. UNI	T VR. TOTA		
890602-1	CUID	ADO (MA CIALIZA	NEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDIO DA - INFECTOLOGIA PEDIATRICA	CINA	1		\$ 190.8			
	Nota:	: Sa raali	a colización del servicio prestado el 04/0							
• .			a consecion dei sarvicio prestado el 04/0	1/2022						
				,						
			•							
			· ·			f				
.							•			
				i				4		
• •   .										
					`			i 		
÷					.	•				
,										
BON:	CIENT	O NOVE	ENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS MO	NEDA LEGAL	_	_	Vr.BRUTO	6400 000		
	LEGAL LEGAL				+	COOPAGO	\$190,800			
	;	/A	~ A & F		,		PAGO OMPARTIDO			
	#		A STATE OF THE STA				DCTO			
Coordinador do C				· ·		_ Į v	ALOR TOTAL	\$190.800		

Coordinador de Gestion de Cuentas Medicas



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Monteria - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020 No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

#### Factura Electronica de Venta ONCF177599

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com

Dirección: COMUNIDAD TAPARALES - DASEIBA

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Contrato: Código ERP: Tipo Contrato:Evento

Ofro

Fecha Generación: 15.FEB.2022 18:30 Fecha Validación: 15,FEB,2022 18:36

Fecha Vencimiento:17.MAR.2022

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cubre Desde:25.NOV,2021

Hasta: 12.FEB.2022

Paciente: DOMICO DOMICO LUZ EDILMA No. Admisión: 0100593638

No. Doc.: 1039476498 Tipo Doc.: Ti Teléfono: NO REGISTRA

No. Poliza:

No. Autorización: 5045287

Subtotal Area >>>

Subtotal Area >>>

Código Descripción Area Funcional:

QUIMIOTERAPIA

MATERIALES E INSUMOS

**MEDICAMENTOS POS** 

08 Area Funcional: **IMAGENOLOGIA** 

SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

**MEDICAMENTOS POS** 

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 09 Area Funcional;

IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE 05

DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

MATERIALES E INSUMOS 14

**MEDICAMENTOS POS** 15 LABORATORIO CLINICO

19

**TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS** 

Area Funcional: **CIRUGIA** 16

39302

**CIRUGIAS GENERALES** MATERIALES E INSUMOS

**MEDICAMENTOS POS** 15

LABORATORIO CLINICO

Valor Total

160,720.00

9,801,364.00

9,962,084.00

253,700.00

767,242.00

1,020,942.00

138,645.00

1,368,600.00

22,611,400.00

509,600.00 16,625,400.00

4,232,422.00

14.083,143.00

4,536,660.00

377,400.00

64,483,270.00

Subtotal Area >>>

954,000.00

170,800.00

31,500.00

92,900.00

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA Cirugia: 413101C Valor Servicio Qx 115,400.00 39003 Grupo 05

39003 Grupo 05 39103 Grupo 05 39103 Grupo 05 39207

Grupo 05 Grupo 05 39207 GRUPOS 04 - 05 - 06 39302

CIRUGIAS GENERALES

115,400.00 75,400.00 75,400.00 205,700.00 205,700.00 84,100.00 84,100.00

961,200.00

GRUPOS 04 - 05 - 06



Oncomedica S.A. NFT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344 Montería - Córdoba

**HOSPITALIZACION PISO 2 T1** 

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020

No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

#### Factura Electronica de Venta ONCF177599

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL JPS

Cod. Habilitación: 230010094901

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

No. Contrato: Código ERP:

Tipo Confrato:Evento

Otro

Fecha Generación: 15.FEB.2022 18:30 Fecha Validación: 15.FEB.2022 18:36 Fecha Vencimiento:17.MAR.2022

Cubre Desde:25.NOV.2021

Hasta: 12,FEB,2022

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS No. Admisión: 0100593638

Paciente: DOMICO DOMICO LUZ EDILMA No. Doc.: 1039476498

Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD TAPARALES - DABEIBA

Teléfono: NO REGISTRA

No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 5045287

		E DE LA HOZ PASTOR	No. Autonzacion: 50	Valor Tota
Código	Descripció	<u></u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Valor Tota
			Subtotal Area >>>	2,210,400.00
Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2		
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		200 100 00
03		A MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		833,400.00
05		MIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		5,015,500.00
13	*	S DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		4,055,800.00
14		LES E INSUMOS		768,214.00
15		ENTOS POS		3,129,800.00
19	LABORAT	ORIO CLINICO		1,116,500.00
21	GASES MI	EDICINALES		607,726.00
		· · · · -	Subtotal Area >>>	15,526,940.00
Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	,	
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		0.071.000.00
05		MIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		2,674,600.00
21	GASES M	EDICINALES		255,206.00
			Subtotal Area >>>	2,929,806.00
<u> Area Funcional:</u>	73	HOSPITALIZACION PISO 4 T2		
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		040.000.00
01	*	GENERALES		318,000.00
02		LOGIA Y RADIOLOGIA		80,500.00
03		A MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		881,100.00
13		S DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		1,339,200.00
14		LES E INSUMOS		326,050.00
15		ENTOS POS		408,026.00
19		ORIO CLINICO		1,691,100.00
26	RESONAN	ICIA		1,692,300.00
31	ECOGRAF			650,200.00
99	QUIMIOTE	ERAPIA		1,581,100.00

Subtotal Area >>>	8,967,576.00
VALOR SERVICIOS:	105,101,018.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	105,101,018.00



Oncomedica S.A. NIT: 812007194 CR 6\* # 72-34 ED. IMAT 7854344

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 13/01/2020



Montería - Córdoba No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente Cód. Habilitación: 230010094901 Factura Electronica de Venta ONCF177599 Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUME[COL IPS Fecha Generación: 15.FEB.2022 18:30 Identificación: NIT 901418364-1 Fecha Validación: 15.FEB.2022 18:36 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Fecha Vencimiento:17.MAR.2022 Teléfono: E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Cubre Desde:25.NOV.2021 Hasta: 12,FEB 2022 No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Paciente: DOMICO DOMICO LUZ EDILMA No. Admisión: 0100593638 No. Doc.: 1039476498 Tipo Doc.: Tf Teléfono: NO REGISTRA Dirección: COMUNIDAD TAPARALES - DABEIBA No. Poliza: Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 5045287 Código Descripción Valor Total TOTAL CIENTO CINCO MILLONES CIENTO UN MIL DIECIOCHO PESOS CON CERO CENTAVOS \*\*\*\* 105,101,018,00 La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción. Afiliado: Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y Vendedor: recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancia. Acepto esta factura FACTURACIÓN UT SUMEICOL Firma Firma Habilitación Numeración de Facturación Ejectrónica Dian Nº 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2029 vigencia 24 meses, Pretijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor jecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA\_CO900390126 SoftwareID; 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767 Forma de Pago: Credito Medio de Pago: Transferencia Electrónica Plazo: 30 Días

CUFE: 28e87d99bdc1ba218dd7c378890e2b8072e12399cdd80455d2722889<mark>c03c69491ca516b551b8761</mark>931572e



Firma del Paciente

#### MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

6045287

Fecha: 03/02/2022

Hora: 23:29:27

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA D	EL CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT [Y] 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	CC Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BA	RRIO LOS LÁURELES
Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA	23 Municiplo MONTERIA 001
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2022	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
	DEL PACIENTE
DOMICO DOMICO	LUZ <b>EDILMA</b>
1er Apellido 2do Apellido	1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039476490
	de Extranjeria No Documento de Identificación Edad
Tarjela de identidad Adulto Sin Identificación	17/01/2005 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Cludadenta 🔲 Menor Sin Identificación	Facha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habilital DABEIBA	Teléfona
Departamento ANTIQQUIA	05 Municipio DABEIBA 234
Teléfono Celular Correo Electronico	
SERVICIO	OS AUTORIZADOS
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa V Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	Cama
Urgencias	,
Manejo Integral Según Gula de:	Toward Mark
Lot v. outpo otilii. Deserbativ	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad Especialidad
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERA	EDIO PEDIATRICO
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	EDIO PEDIATRICO Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS	EDIO PEDIATRICO  Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent	EDIO PEDIATRICO  Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de tiquote, bono o vale de pago
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en pe	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de tiquote, bono o vale de pago
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en pa	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de tiquote, bono o vale de pago
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pa  Cuota Moderadora  Copago	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de liquide, bono o vale de pago      Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porceniaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de alillación del paciente a la solicitud de la autorización Recaudo del prestador Concepto Valor en pa Cuota Modoradora Z Copago Cuota de Recuperación	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de liquote, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 8.00 \$
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent  Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pa  Cuota Modoradora  Z Copago  Cuota de Recuperación  INFORMACION DE L	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de tiquote, bono o vale de pago  sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pa  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación  Otro  INFORMACION DE L	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de liquote, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 8.00 \$
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ente  Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pagar por la ente  Concepto Val	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ent Semanas de affiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pa  Cuola Moderadora  Copago  Cuola de Recuperación  Otro  INFORMACION DE L	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reciamo de liquete, bono o vale de pago  seos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ente  Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pagar por la ente  Concepto Val	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE GUIDADO INTERM NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 PAGOS  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ente  Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pagar por la ente  Concepto Val	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  PAGOS  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la ente Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Vator en pagar por la ente Concepto V	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  PAGOS  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la ente Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Vator en pagar por la ente Concepto V	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  PAGOS  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la ente Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Vator en pagar por la ente Concepto V	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:  PAGOS  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la ente Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Vator en pagar por la ente Concepto V	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS  Porceniaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la ente  Semanas de afillación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pagar por la ente  [2] Copago Cuota Modoradora  [2] Copago Cuota de Recuperación  Otro INFORMACIÓN DE L  Nombre de quien autoriza  FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA  Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Fecha: 2022-02-03 Hora: 23:29  COMPARTIDOS  Idad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago  Sos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos  0.00 \$ 0.00 \$  A PERSONA QUE AUTORIZA  Teléfono

Esta orden de servicio es única e intransferible

Soto valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Paginaia 1 de 1



#### UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

3/02/2022 3:31:48 p.m.

3279

Fecha Orden

17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 15 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239966

Usuailo: II 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: **524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Telétono: CRA 6 # 72-34 ED, IMAT The state of additional of the state of the

Telélono: 7854344

**ESTANCIAS** 

Presiador del Servicio

104MO! INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

Orden de Servicios No.

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEI

Firmu Realizó

Firma Paciente



Firma del Paciente

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

6045288

Feclia: 03/02/2022

Hora: 23:31:59

ENTIDAO RESPONSABLE DEL	PAGO ASOCIACION IN	IDIGENA DE	L CAUCA		CODIGO EPSI	)3		
INFORMACION DEL PRESTADO	R (Autorizado)				NIT 🗹 90141	8364		$\overline{}$
Nombre UNION TEMPORAL SUI	MEICOL IPS				C C Núme	10		
Código 9014183641 Direc	ción del Prestador CALLE 42	10A 36 BAR	RIO LOS LAU	RELES	<u> </u>	<del></del>	<del></del>	
Telélono 3137764435 Deparlam	ento CORDOBA	2	3 N	/unicipio	MONTERIA		001	
Correo: ulsumetcol.atcepsi2020(	@gmail.cor Contrato: 524-202:	2	RECUPI	ERACION D	E LA SALUD MEDIAN	A Y ALTA CO	MPLEJID/	AD.
		DATOS D	EL PACIENT	<del></del> E				
DOMICO	DOMICO	·· [	LUZ		EDILMA			
1er Apellido	2do Apellido	· · · · · ·		ter Nombre	)	2do Nombre	<del></del>	
Tipo Documento de Identificaci	lón			1039476	3198			
Registro Civil	Pasaporte [	☐ Cédula d	le Extranjeria	No Docume	anto de Identificación	Ed	iad	
	Adulto Sin Identificación			17/	01/2005	SUBSIDIO 1	TOTAL.	
Cédula de Cludadania	Menor Sin klentificación			Fecha de N		MODALIDA		סונ
Dirección de Résidencia Habitual	DABEIBA					Teléfono		
Departamento ANTIQQUIA		[0	15 N	Municiplo	DABEIBA		234: 1	
Teléfono Celutar	Cotteo Ejec	strónico						
		SERVICIOS	AUTORIZAD	os				
Ubicación del pactente al monien	to de la solicitud de la autorizac	ción	•					
🔲 Consulta Externa 📝 Hospita						Cama		
Urgencias								·
Manejo Integnil Según Gnio det	,			·				
<del></del>	cripción	IA DITA A(A) I I	interpretation of			inlidad		
10A001 1 INTE	RNACION COMPLEJIDAD ALTA H	Nati VCION II	NIPERSONAL (I	INCLUYE AIS	LAMENTO)			
NUMERO DE SOLICITUD OF	RIGEN: 1			echa: 202	2-02-03 Hora	1: 23:31		
	<del></del>	PAGOS CO	OMPARTIDOS	<b>S</b>			- 1	-
Porcentaje del valor de los servicio	os de esta autorización a pagar	r por la enklda	iq teabouaspje	del pago 🤊	6 100			
Semenas de afiliación del paciente	e a la soliciuid de la autorización	n 0		Reclamo de	liquete, bono o vale d	е радо 🔲	ļ	
Recaudo del prestador 💎 Conce	epto <u>V</u>	ator en pesc	s 1	Porcentaje (	(%) Valor Máxi	lmo (Tope) er	pesos	
	Moderadora	À	<u> </u>			-	<b></b>  .	- 1
☑ Copaç		0.4	00 \$	L.	0.00 \$	<del> </del>	<del></del>	
. [1] Criola	de Rocuperación	<del></del>	<del>┈</del> ┤ ┝╸	<del> </del>	<del></del>			
	INFORMAC	ION DE LA	PERSONA QU	E AUTORIZ	'A	<del></del>		-
Nombre de quien autoriza			Teléiono					$\overline{}$
FRANCIA ELENA GONZALEZ MO	AĀC	i						
Cargo o actividad: AUX REFEREI	NCIA Y CONTRAREFEREN		Teléfono Celu	lar:				
FOM 03/02/2022								- 1
				•		-		
						*		, [
	•					:		
	····							<u> </u>
		reta ordén de	servicio es únic	eleuerini o e-	ulbla .			

Esta ordén de servicio es única e intransferible Soto valida en la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 80 DIAS>>

Pagipala 1 de 1



## UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Nii: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden 3/02/2022 3:30:35 p. n.

Firma Paclente

Usuarlo: II 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA Orden de Servicios No. 3278 Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968 17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 15 días Administradora; EP\$103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nil 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 23996: Contralo: 524 MODALIDAD EVENTO Presiador del Servicio ONCOMEDICA S.A. Dirección y Telétono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAY Teléfono: 7854344 CARTEL SANDARDO CONTRA - ESTANCIAS TOÓAOL INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AI\$LAMIENTÓ) Total Servicios: Quien Autoriza Flima Realitó



# Nil: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MÓNTERIA - CORDOBA

3/02/2022 3:31:48 p. m.

Usuario: TI 1039476498 DÓMICO DÓMICO LUZ EDILMA

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Prestador del Servicio

Administraciora: EPSIO3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: **524 MODAUDAD EVENTO**  Orden de Servicios No.

3279

17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 15 días Nii 817001773-3 CALLE I Nº 4-50 Teléfono 239981

Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344 A to a composition of the second

ESTANCIAS.

106M01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

ONCOMEDICA S.A.

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Auloriza

Fírma Realizó

Firma Paciente



Firma del Pactente

# MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAI. AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

6035359

Fecha: 29/01/2022

Hora: 18:47:41

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACIÓN INDIGENA DE	L CAUCA CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT  7  901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMBICOL IPS	C C Número
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 BAF	RIO LOS LAURELES
Teléfono 3137764435, Departamento CORDOBA	3- Muntoiplo MONTERIA 001年第1日
Correo: utstimelcol.alcepsi2020@gmail.cor Contrato: 524-2022	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD
DATOS	DEL PACIENTE
DOMICO DOMICO	LUZ. EDILMA
ter Apellido 2do Apellido	fer Nombre 2do Nombre
Tipo Documento de Identificación	1039476498
	le Extranjeria No Documente de Identificación Edad
☐ Taijeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐ Cédula de Cludadanía ☐ Menor Sin Identificación	17/01/2005 SUBSIDIO TOTAL
Cédula de Cludadanta Manor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual DABEIBA	Teléfono
Alupolyna olnematrage	Municipio DABEIBA 234
Teléfono Celutar Correo Electrónico	
SERVICIO	AUTORIZADOS
Ubleación del pacionte al momento de la solloitud de la autorización  Consulta Externa Marchael Hospitalización Servicio ILOSPITALIZACION  Urgenotas	Сеша
Manejo Integral Segón Gula de: Gódigo CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES I	
600405 1 mileting in a miletin	MEDICAS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2022-01-29 Hora: 18:47
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2022-01-28 Hora: 18:47 OMPARTIDOS
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS C  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la citid  Semanas de affliación del paciente a la solicitud de la autorización  Concepto Valor en pos  Cuota Moderadora  Copago  Cuota de Recuperación  Otro	Fecha: 2022-01-28 Hora: 18:47  OMPARTIDOS  ad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago        DESTRUCTION        Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) at pagos      0.00 \$
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS C  Porcentaje del valor de los servicios do esta autorización a pagar por la citid  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización  Recaudo del prestador Concepto Valor en pos  Cuota Moderadora  Copago Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE LA	Fecha: 2022-01-29 Hora: 18:47  OMPARTIDOS  ad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago [
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS C  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la citid  Sentanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización C  Recaudo del prestador Concepto Valor en pes  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza	Fecha: 2022-01-28 Hora: 18:47  OMPARTIDOS  ad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago        DESTRUCTION          Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) est pagos      0.00 \$
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS C  Porcentaje del vator de los servicios de esta autorización a pagar por la citid  Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización Concepto Valor en pos  Cuota Moderadora  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  INFORMACIÓN DE LA  Nombre de quien autoriza  FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	Fecha: 2022-01-28 Hora: 18:47  OMPARTIDOS  ad responsable del pago % 100  Reclamo de tíquete, bono o vale de pago Cos Porcentaje (%) Valor Máximo (Topo) est pasos  90 \$ 0.00 \$ Cos Cos Cos Cos Cos Cos Cos Cos Cos Cos
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1  PAGOS C  Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la citid  Sentanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización C  Recaudo del prestador Concepto Valor en pes  Cuota Moderadora  Cuota de Recuperación  Otro  INFORMACION DE LA  Nombre de quien autoriza	Fecha: 2022-01-28 Hora: 18:47  OMPARTIDOS  ad responsable del pago % 100  Reclamo de tiquete, bono o vale de pago        DESTRUCTION            Persona QUE AUTORIZA        Teléfono Celular:

Esta ordén de serviçio es única o intransfetibla Solo valida un la IPS autorizada SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Pagina a 1 de 1



# NII: 901418364-1 Codigo: 9014183641 CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435 MONTERIA - CORDOBA

31/01/2022 2:36:49 p. m.

Usuario: II 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA

Orden de Servicios No.

3164

Diry Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

17/01/2005 Edad: 17 oños, 0 meses y 14 días

Contralo:

**524 MODALIDAD EVENTO** 

ONCOMEDICA S.A.

CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Nii 817001773-3 CALLE 1 № 4-50 Teléfono 23996

Dirección y Teléfono:

Presiador dei Servicio

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

906848 INTERFERÓN GAMMA (GAMMAINTERFERÓN)

Yotal Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

filma Realizó

firma Paclenie

Oncomudica S.A. 812007194 CR 6\* # 72.34 ED, IMAT

extraccoso. Monteria - Córdoba

\*0100593638\*

Admisión No.:

0100593638

. 1128-184829

Wollington Mon

HISTORIA CLINICA No.: 1039476498

Fecha / hora: 26.11.2021 / 21:40

			<del>-</del>		·	Yte	o afiliado: Be	naffri	iar Nivel Socio Econ.: 1		
Nombre:	DOMICO DOMICO	D LUZ EDILMA	<del></del>			_ -					
identificaçión:	TI 1039476498	)		Sexo:	Ferranino	_F	eche nac. 17	ENE.	.2005 Edad: 18 Años 10		
Dirección:	COMUNIDAD TAPARALES					Ĺ	Teléfono: NO REGISTRA				
Contratante: Plan: IPS Asignada:	901418364 UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS 90171 UNION TEMPORAL SUMEICOL					Tarifa Base: 523					
Habitación: Sede Alillado:	04 Autorización N*: DABEIBA Tipo admisión: HOSPITALARIA					Quien Autoriza:					
Causa ext: Via Ing: I'x Ingreso:	13 - ENFERMED 3 - REMITIDO	AD GENERAL									
meuco Ingreso: Médico Trajante: Poliza Número:		LIAS AGAMEZ LIAS AGAMEZ				Carr	et Número:	- -	·		
Observaciones:				-			•		·		
DGALINDO											
Veces Admilldo e las ullimas	n l 24 Horas 0	24 - 48 Hr	0 48 - 72 H	ts 0	72 Hr - 30 D	0	Total 30 O.	0	Uilima Consulta		
Religión: Catolico	<u> </u>								_		
- Acompañante / I Nombre:MA		····		. <del></del>	Telėl	ono:					
Responsable:	MICHILIAG TAPAR	WIEÖ			Teléfo Parente				-		
Dirección:	•										

Señores

#### ADRES (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA)

E. S. D.

**ASUNTO:** PETICIÓN DE INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN

**DEMANDANTE (S): ONCOMÉDICA S.A.S** 

DEMANDADO (S): UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I.P.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.,

y OTROS.

**CRISTHIAN MENDOZA SIERRA,** identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, con el respeto que me caracteriza, concurro ante ustedes para interponer **PETICIÓN** respetuosa, acción que se sustenta con fundamento en el Artículo 23 de la Constitución Política de 1991 en afinidad con la Ley 1755 de 2015.

A continuación, me permito describir los elementos fácticos que motivan solicitud;

#### I. HECHOS:

PRIMERO: Como quiera que, me encuentro actuando como apoderado judicial de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT. 901093730-5, parte DEMANDADA, representada legalmente por la señora, BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA, identificada con cédula de ciudadanía 34.969.656, dentro del proceso distinguido con el radicado N° RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00, PROCESO EJECUTIVO SINGULAR que cursan en el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA.

**SEGUNDO:** Con el propósito de construir una defensa técnica que resulte eficiente e idónea a fin de salvaguardar los derechos de mi representada, me es conveniente acceder a información o documentos que sirvan como sustento probatorio dentro del proceso arriba indicado.

En virtud de lo anterior elevo las siguientes;

#### II. PETICIONES:

**PRIMERO:** Se me otorgue copia de la relación de todos los giros económicos que han sido destinados a la **UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS** identificada con NIT 901093730-5, por prestación de servicios de salud; en efecto, el **INFORME** solicitado debe comprender en su contenido (i) Que tenga información veraz y enlistada desde el año 2019 hasta la fecha de presentación del presente derecho de petición (ii) Que en el informe se indique el valor moneda discriminado de cada giro, el concepto o motivo del giro, la EPS que esté relacionada con cada giro efectuado o que haya autorizado el servicio (iii) El número de la factura electrónica cancelada y el prestador del servicio de salud (IPS)

**SEGUNDO:** Se me otorgue copia de la relación de todos los giros **PENDIENTES** por ser desembolsados en favor de la **UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT 901093730-5** por prestación de servicios de salud, en efecto, el **INFORME** solicitado debe comprender en su contenido (i) Que tenga información veraz y enlistada desde el año 2019 hasta la fecha de presentación del presente derecho de petición (ii) Que en el informe se indique el valor moneda discriminado de cada giro <u>pendiente</u>, el concepto o motivo del giro, la EPS que esté relacionada con cada giro efectuado o que haya autorizado el servicio (iii) El número de factura electrónica cancelada y el prestador del servicio de salud (IPS).

TERCERO: Se INFORME o se entregue copia enlistada de todas las solicitudes, autorizaciones o trámites que ha hecho la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EPS (AIC - EPSI) ante la ADRES para que se



reconozca el pago de los servicios prestados por la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT 901093730-5 en favor del prestador IPS ONCOMÉDICA S.A.S NIT. 812.007.194-8., quien hace parte de la unión temporal y se encuentra habilitado como prestador directo de los servicios de salud. Este informe desde el año 2019 hasta la fecha, con indicación de facturas canceladas o servicios cancelados en favor del prestador IPS ONCOMÉDICA S.A.S NIT. 812.007.194-8.

CUARTO: La respuesta, cualquiera que sea el sentido, sea remitida al suscrito y en iguales términos al JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co, y hacer referencia al proceso 23-001-31-03-002-2023-00013-00 - EJECUTIVO SINGULAR DE MAYOR CUANTÍA.

**QUINTO:** De no ser posible suministrar la anterior información, documentos o informes, se me otorgue el sustento jurídico por el cual no puedo acceder a dicha información.

Sírvanse suministrar la información solicitada por tener naturaleza pública y no requerir de requisitos legales o impositivos para acceder a la misma.

#### III. ANEXOS

Cédula de ciudadanía del suscrito

#### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito recibe notificaciones en el correo electrónico crismen0416@gmail.com

El **JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA**, recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cordialmente,

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA

C.C. 1067905869 de Montería TP 405.309 C. S. de la J.









Radicado 20236303150032

Fecha del documento: Martes 17 de octubre de 2023 22:27

Señores:

ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Asunto: Derecho de petición

Tipo de Población:

No aplica

Señores ADRES (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA) E. S. D.

ASUNTO: PETICIÓN DE INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN VER DOCUMENTO

ADJUNTO. PETICIÓN PARA PROCESO JUDICIAL.

Atentamente,

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA

Cedula de Ciudadania 1067905869.

C. Electrónico: crismen0416@gmail.com

Teléfono: 3006421972

Dirección: Calle 65 13a 115 La Castellana Montería

COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA

Documento Adjunto: PETICION ADRES 17-10-2023.pdf

Consulte el estado de su radicado en la dirección Web:

http://10.0.70.34/consultaWeb/



#### Estimado usuario:

Su solicitud ha sido radicada con el número 20236303150032.

Necesita un visor de archivos PDF para poder visualizar el documento. Adicionalmente se ha enviado una copia de su PQR al correo crismen0416@gmail.com





## Cristhian Mendoza <crismen0416@gmail.com>

# Registro PQRS 20236303150032 en ADRES

1 mensaje

Notificaciones ADRES <adminsmtp@adres.gov.co> Para: crismen0416@gmail.com

17 de octubre de 2023, 22:27

Apreciado(a) Usuario(a):

Hemos recibido su solicitud el día 17/10/2023 a las 22:27, la cual será atendida dentro de los términos de ley. Cuando no sea posible resolver o contestar en dicho plazo, le será informado, expresando los motivos y señalando la fecha en que se resolverá o dará respuesta.

Agradecemos la oportunidad de servirle.

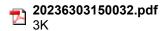
Unidad de Atención al Ciudadano

www.adres.gov.co





El contenido de este mensaje y sus anexos son propiedad la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, es únicamente para el uso del destinatario ya que puede contener información reservada o clasificada; las cuales no son de carácter público. Si usted no es el destinatario, se informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso de este, así como cualquier acción que se tome respecto a la información contenida, por personas o Entidades diferentes al propósito original de la misma, es ilegal. Si usted es el destinatario, le solicitamos dar un manejo adecuado a la información; de presentarse cualquier suceso anómalo, por favor informarlo al correo atencionpqrsd@adres.gov.co.



Señores

#### ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI

Email: notificacionesjudiciales@aicsalud.org.co

**ASUNTO:** PETICIÓN DE INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN

**DEMANDANTE (S): ONCOMÉDICA S.A.S** 

DEMANDADO (S): UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I.P.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.,

y OTROS.

**CRISTHIAN MENDOZA SIERRA,** identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, con el respeto que me caracteriza, concurro ante ustedes para interponer **PETICIÓN** respetuosa, acción que se sustenta con fundamento en el Artículo 23 de la Constitución Política de 1991 en afinidad con la Ley 1755 de 2015.

A continuación, me permito describir los elementos fácticos que motivan solicitud;

#### I. HECHOS:

PRIMERO: Como quiera que, me encuentro actuando como apoderado judicial de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT. 901093730-5, parte DEMANDADA, representada legalmente por la señora, BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA, identificada con cédula de ciudadanía 34.969.656, dentro del proceso distinguido con el radicado N° RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00, PROCESO EJECUTIVO SINGULAR que cursan en el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA.

**SEGUNDO:** Con el propósito de construir una defensa técnica que resulte eficiente e idónea a fin de salvaguardar los derechos de mi representada, me es conveniente acceder a información o documentos que sirvan como sustento probatorio dentro del proceso arriba indicado.

En virtud de lo anterior elevo las siguientes;

#### II. PETICIONES:

**PRIMERO:** Se **INFORME** la naturaleza jurídica de la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI**, esto es, si es de carácter pública y/o privada. Cualquiera que sea la respuesta que se dé, pido de manera respetuosa el sustento.

**SEGUNDO:** Se **INFORME** si la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI.**, ha celebrado contratos para la prestación de servicios de salud con la **UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT.** NIT 901093730-5, de ser positiva la respuesta, informar los contratos, las fechas de suscripción, el objeto contractual, y aportar ejemplares copias de los contratos, todo lo anterior, sirva para conocer el negocio jurídico celebrado.

TERCERO: Se INFORME si la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., ha tramitado, autorizado, reportado, solicitado o gestionado ante la ADRES el pago de los servicios de salud prestados por los integrantes o miembros de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5., a saber: SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA., UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICSSALUD 24-7. IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLÍNICA CENTRAL O.H.L. LTDA., UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA IPS S.A.S., CAMI S.A.S., UNIDAD SAN FELIPE



S.A.S., INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA IMAT S.A.S y ONCOMÉDICA S.A.S., de manera específica, por el INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA IMAT S.A.S y ONCOMÉDICA S.A.S.

CUARTO: Se INFORME si la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., PRESENTA facturas electrónicas PENDIENTES por pagar en favor de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5, indicando el prestador (IPS) habilitado que haya prestado el servicio a los afiliados.

**QUINTO:** Se **INFORME** por parte de la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI.**, todas las facturas electrónicas que hayan sido canceladas en favor de la **UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT.** NIT 901093730-5, por la prestación de servicios de salud, indicando el valor, el concepto, la fecha de ejecución del servicio, todo lo anterior, desde 2019 hasta la fecha.

SEXTO: La respuesta, cualquiera que sea el sentido, sea remitida al suscrito y en iguales términos al JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co, y hacer referencia al proceso 23-001-31-03-002-2023-00013-00 - EJECUTIVO SINGULAR DE MAYOR CUANTÍA.

**SÉPTIMO:** De no ser posible suministrar la anterior información, documentos o informes, se me otorgue el sustento jurídico por el cual no puedo acceder a dicha información.

Sírvanse suministrar la información solicitada por tener naturaleza pública y no requerir de requisitos legales o impositivos para acceder a la misma.

#### III. ANEXOS

Cédula de ciudadanía del suscrito

#### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito recibe notificaciones en el correo electrónico crismen0416@gmail.com

El JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cordialmente.

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA

C.C. 1067905869 de Montería TP 405.309 C. S. de la J.





Cristhian Mendoza <crismen0416@gmail.com>

# SOLICITUD / PETICIÓN DE INFORMACIÓN - DOCUMENTACIÓN / RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00

**Cristhian Mendoza** <a href="mailto:crismen0416@gmail.com">crismen0416@gmail.com</a>> Para: notificacionesjudiciales@aicsalud.org.co

17 de octubre de 2023, 23:02

Señores

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI

Email: notificacionesjudiciales@aicsalud.org.co

**ASUNTO:** PETICIÓN DE INFORMACIÓN / DOCUMENTACIÓN

**DEMANDANTE (S):** ONCOMÉDICA S.A.S

**DEMANDADO (S):** UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I.P.S., SERVILAB DEL CARIBE

S.A.S.,

y OTROS.

**CRISTHIAN MENDOZA SIERRA**, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, con el respeto que me caracteriza, concurro ante ustedes para interponer **PETICIÓN** respetuosa, acción que se sustenta con fundamento en el Artículo 23 de la Constitución Política de 1991 en afinidad con la Ley 1755 de 2015.

A continuación, me permito describir los elementos fácticos que motivan solicitud;

HECHOS:

PRIMERO: Como quiera que, me encuentro actuando como apoderado judicial de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S. NIT. 901093730-5, parte DEMANDADA, representada legalmente por la señora, BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA, identificada con cédula de ciudadanía 34.969.656, dentro del proceso distinguido con el radicado N° RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00, PROCESO EJECUTIVO SINGULAR que cursan en el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA.

**SEGUNDO:** Con el propósito de construir una defensa técnica que resulte eficiente e idónea a fin de salvaguardar los derechos de mi representada, me es conveniente acceder a información o documentos que sirvan como sustento probatorio dentro del proceso arriba indicado.

En virtud de lo anterior elevo las siguientes;

PETICIONES:

**PRIMERO:** Se **INFORME** la naturaleza jurídica de la **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI**, esto es, si es de carácter pública y/o privada. Cualquiera que sea la respuesta que se dé, pido de manera respetuosa el sustento.

SEGUNDO: Se INFORME si la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., ha celebrado contratos para la prestación de servicios de salud con la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5, de ser positiva la respuesta, informar los contratos, las fechas de suscripción, el objeto contractual, y aportar ejemplares copias de los contratos, todo lo anterior, sirva para conocer el negocio jurídico celebrado.

TERCERO: Se INFORME si la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., ha tramitado, autorizado, reportado, solicitado o gestionado ante la ADRES el pago de los servicios de salud prestados por los integrantes o miembros de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5., a saber: SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS S.A.S., CAMBIA TU VIDA IPS S.A.S., CLINICA CHINITA S.A., FISIOMED INTEGRAL S.A.S., MEDICAUCA LIMITADA., UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S., PROMEDICSSALUD 24-7. IPS S.A.S., SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., CLÍNICA CENTRAL O.H.L. LTDA., UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN PEDIÁTRICA IPS S.A.S., CAMI S.A.S., UNIDAD SAN FELIPE S.A.S., INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA IMAT S.A.S Y ONCOMÉDICA S.A.S., de manera específica, por el INSTITUTO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA IMAT S.A.S Y ONCOMÉDICA S.A.S.

CUARTO: Se INFORME si la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., PRESENTA facturas electrónicas PENDIENTES por pagar en favor de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5, indicando el prestador (IPS) habilitado que haya prestado el servicio a los afiliados.

QUINTO: Se INFORME por parte de la ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSI., todas las facturas electrónicas que hayan sido canceladas en favor de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS NIT. NIT 901093730-5, por la prestación de servicios de salud, indicando el valor, el concepto, la fecha de ejecución del servicio, todo lo anterior, desde 2019 hasta la fecha.

SEXTO: La respuesta, cualquiera que sea el sentido, sea remitida al suscrito y en iguales términos al JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co, y hacer referencia al proceso 23-001-31-03-002-2023-00013-00 - EJECUTIVO SINGULAR DE MAYOR CUANTÍA.

**SÉPTIMO:** De no ser posible suministrar la anterior información, documentos o informes, se me otorgue el sustento jurídico por el cual no puedo acceder a dicha información.

Sírvanse suministrar la información solicitada por tener naturaleza pública y no requerir de requisitos legales o impositivos para acceder a la misma.

## III. ANEXOS

Cédula de ciudadanía del suscrito

# IV. NOTIFICACIONES

El suscrito recibe notificaciones en el correo electrónico crismen0416@gmail.com

El JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA, recibe notificaciones a la cuenta de correo electrónico j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cordialmente,





# 2 adjuntos





# FORMULACIÓN DE EXCEPCIONES PREVIAS / PROCESO EJECUTIVO / RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00

Cristhian Mendoza < crismen0416@gmail.com>

Mié 18/10/2023 3:18 PM

Para:Juzgado 02 Civil Circuito - Córdoba - Montería <j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (22 MB)

EXCEPCIONES PREVIAS Y ANEXOS.pdf;

Juez

Dr., CARLOS ANDRÉS TABOADA CASTRO JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MONTERÍA

Email: j02ccmon@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref. PROCESO EJECUTIVO

RD. 23-001-31-03-002-2023-00013-00

**DEMANDANTE (S):** ONCOMÉDICA S.A.S

**DEMANDADO (S):** UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL I.P.S., SERVILAB DEL CARIBE

S.A.S.,

y OTROS.

**ASUNTO:** FORMULACIÓN DE EXCEPCIONES **PREVIAS** 

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA, identificado con C.C N° 1.067.905.869 de Montería, titular de la Tarjeta Profesional de abogado N° 405.309 C. S. de la J., actuando en mi condición de apoderado/representante judicial, conforme poder adjunto/anexo, de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S., NIT. 901.093.730-5, Representada Legalmente por la señora, BLANCA NORA FERNÁNDEZ ALMANZA, identificada con C.C. N° 34.969.656, parte DEMANDADA en el proceso ejecutivo de la referencia, concurro al Despacho de manera atenta y respetuosa a fin de PROPONER, dentro de la oportunidad legal, EXCEPCIONES PREVIAS con fundamento en el Artículo 100 del Código General del Proceso, invoco para todos los efectos las causales «...9. No comprender la demanda a todos los litisconsortes necesarios...»\_\_ y «...1. Falta de jurisdicción o de competencia...»\_\_ [2]

Téngase por presentadas las siguientes **EXCEPCIONES PREVIAS** por intermedio del presente escrito, no sin antes referirme a los elementos fácticos que motivan la presente actuación;

(VER DOCUMENTO ADJUNTO COMPLETO - FORMATO PDF - 520 FOLIOS)

Del señor Juez, con todo respeto.

CRISTHIAN MENDOZA SIERRA C.C. 1067905869 de Montería T.P 405.309 C. S. de la J.	•