

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...»¹ 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;

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 INDÍGENA 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)**,

¹ Código General del Proceso, Artículo 100, Numeral 9, Secretaría del Senado, Página Web, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1564_2012_pr002.html#100

² Código General del Proceso, Artículo 100, Numeral 1, Secretaría del Senado, Página Web, 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;

Factura Electrónica de Venta ONCF116088

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
 Identificación: NIT 901418364-1
 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA
 Teléfono: 3137764435
 E-Mail: utsumicolalcoepi2020@gmail.com

No. Contrato: 524
 Código ERP: 524

Paciente: CAÑA LUCAS RAFAEL
 No. Doc: 1001532404
 Dirección: NO TIENE NOMBRE ATURA BARRIO EL PARAISO - CAUCASIA
 Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Fecha Generación: 31.AGO.2021 16:43
 Fecha Validación: 31.AGO.2021 16:44
 Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021
 Cubre Desde: 30.MAR.2021
 Hasta: 30.MAR.2021

Responsable: ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA

Valor Total: 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.

Orden de Servicios No. 1057

Unión: RC 1039654124 JUMISAMA WILHE
 Dly y Tel: CALLE 1 N° 4-30 23996
 Administradora: EPSI ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA
 Contrato: 524 MEDICINA GENERAL

Proveedor del Servicio: ONCOMEDICA S.A.
 Dirección y Teléfono: CRA 4 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7654344

ESTANCIAS
 105701 INTERVENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INFANTIL PEDIÁTRICO

Total Servicios: 5,140,000.00

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP: 3694547 Fecha: 31/05/2021 Hora: 16:32:12

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)
 Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
 Código 9014183641 Dirección del Prestador: CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES
 Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA Municipio MONTERIA

Correo: utsumicolalcoepi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE
 CEBALLOS CARVAJAL CARMEN EMILIA
 1er Apellido: CARVAJAL 2do Apellido: CARMEN 1er Nombre: EMILIA 2do Nombre: CARMEN

Tipo Documento de Identificación:
☒ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Extranjería
☒ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐ No Documento de Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación

Dirección de Residencia Habitual: ZARAGOZA
 Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: ZARAGOZA 055

³ Fragmento de captura de pantalla, anexos de facturas aportadas por el DEMANDANTE,, ver anexos de la demanda. **Color rojo, marcación propia.**

⁴ Fragmento de captura de pantalla, anexos de facturas aportadas por el DEMANDANTE,, ver anexos de la demanda. **Color rojo, marcación propia.**

⁵ 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...»⁶ 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...»⁷ 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 falta de jurisdicción o competencia, se ordenará remitir el expediente al juez que corresponda y lo actuado conservará su validez...»⁸

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

⁶ Código General del Proceso, Artículo 100, Numeral 9, Secretaría del Senado, Página Web, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1564_2012_pr002.html#100

⁷ Código General del Proceso, Artículo 100, Numeral 1, Secretaría del Senado, Página Web, http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1564_2012_pr002.html#100

⁸ Código General del Proceso, Artículo 101, Numeral 2 Inciso 3, Secretaría del Senado, Página Web, 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,

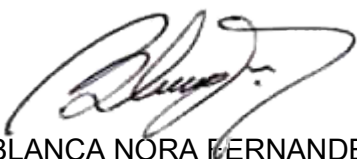
BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Montería, identificada con cédula de ciudadanía N° 34.969.656, en mi calidad de Representante Legal de la sociedad, SERVILAB DEL CARIBE S.A.S NIT. 901093730-5, por medio del presente escrito manifiesto que confiero 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 reconvencción 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 personería jurídica 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.



CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERÍA
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 Montería, 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

CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERÍA
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

CÁMARA DE COMERCIO DE MONTERÍA
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 recaudacion 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 día 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 De Accionistas	56967 del 23 de junio de 2022 del libro IX
*) 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



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.

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 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.

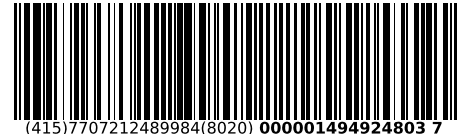

SANDRA SIERRA BUELVAS

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 4 1 8 3 6 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Montería

0 0 1

41. Dirección principal

CL 23 1 57 BRR CHUCHURUBI

42. Correo electrónico

contabilidadsumeicol@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 7 6 9 6 5 6 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 9 2 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 7 1 4 1 6 4 2 5 2 5 5

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

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 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

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 09 - 20 / 19 : 40: 36

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 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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre URUETA OROZCO ELIZABETH

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 4 1 8 3 6 4 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

7

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 4

72. Número

73. Fecha

2 0 2 0 0 9 2 9

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

9 8

76. Fecha de registro

2 0 2 0 0 9 2 9

77. No. Matricula mercantil

78. Departamento

2 3

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 . 0 %

84. Nacional privado

1 0 0 . 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 . 0 %

87. Extranjero privado

0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 0 1 0 0 7		-
2				-
3				-
4				-
5				-

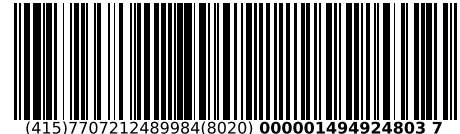
Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 8 3 6 4 1	1	Impuestos y Aduanas de Montería	1 2

Representación

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
REPRS LEGAL PRIN	1 8 2 0 2 3, 0 9 0 1		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 0 9 3 0 9 1 3		
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
URUETA	OROZCO	ELIZABETH	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación		
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 4 1 8 3 6 4 1

Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

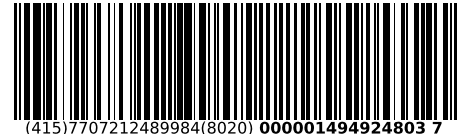
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 9 0 1 2 1 9 7 6 0	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social SUMINISTROS MEDICOS INTEGRALES DE COLOMBIA IPS SAS				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 7 6	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 9 0 0 4 3 5 0 8 0	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social CAMBIA TU VIDA IPS SAS				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 8 0 0 1 2 3 5 7 2	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social CLINICA CHINITA S.A.				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 9 0 0 7 8 4 4 1 8	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social FISIOMED INTEGRAL S.A.S.				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 8 1 1 0 2 1 8 4 3	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social MEDICAUCA SAS				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 4 1 8 3 6 4 1	6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Montería	14. Buzón electrónico 1 2
---	------------	--	------------------------------

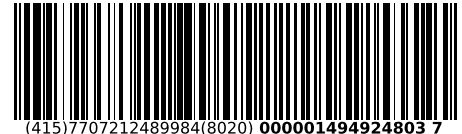
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 0 4 3 8 2 1 6	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
	119. Razón social CLINICA GENEZEN S.A.S.					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1
2	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 1 1 3 4 8 1 3	113. DV 5	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
	119. Razón social PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0
3	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 1 0 9 3 7 3 0	113. DV 5	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
	119. Razón social SERVILAB DEL CARIBE SAS					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1
4	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 0 0 0 7 8 6 0	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
	119. Razón social UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0
5	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 0 0 8 2 2 0 2	113. DV 7	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	
	119. Razón social CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 0 0 9 2 9	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 4 1 8 3 6 4 1	1	Impuestos y Aduanas de Montería	2

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 1 2 7 9 6 7 5	113. DV 8	114. Nacionalidad COLOMBIA	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 0 2 0 2 1 0 2 1 2	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 8 3 0
2	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 8 1 2 0 0 4 3 0 4	113. DV 8	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
	119. Razón social CAMI S.A.S					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 1 0 2 1 2	123. Fecha de retiro 2 0 2 3 0 6 0 5
3	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 8 1 2 0 0 7 1 9 4	113. DV 8	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
	119. Razón social ONCOMEDICA S.A.					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación		122. Fecha de ingreso 0 2 0 2 1 0 3 1 1	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1
4	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 1 0 8 5 3 5 2	113. DV 0	114. Nacionalidad COLOMBIA	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 0 2 0 2 1 0 3 1 1	123. Fecha de retiro 2 0 2 2 0 9 0 1
5	111. Tipo de documento NIT	3 1	112. Número de identificación 9 0 0 0 9 0 2 4 7	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido		116. Segundo apellido		117. Primer nombre	118. Otros nombres
	119. Razón social CLINICA CARDIO INTEGRAL IPS S.A.S					
	120. Valor capital del socio		121. % Participación 4 . 8		122. Fecha de ingreso 2 0 2 2 1 0 2 4	123. Fecha de retiro

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14949248037



(415)7707212489984(8020) 000001494924803 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 4 1 8 3 6 4 1

Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
3 1	9 0 0 4 5 1 8 2 7	3	COLOMBIA
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
	4 . 8	2 0 2 2 1 0 2 4	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
3 1	9 0 0 7 3 3 5 1 7	6	COLOMBIA
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social RETINHER SAS			
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	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
3 1	9 0 1 1 7 4 1 6 5	1	COLOMBIA
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social ESPECIALIDADES MEDICAS INTEGRALES DEL CARIBE S.A.S			
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
	4 . 8	2 0 2 2 0 9 0 1	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
3 1	9 0 1 5 9 9 8 4 3	1	COLOMBIA
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
	4 . 8	2 0 2 2 0 9 0 1	
111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
119. Razón social			
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

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 sistemas negociables mercantiles que faciliten el cumplimiento de la atención de los servicios a ofertar o contratar, buscando la optimización de los recursos destinados a la salud, reduciendo los costos que podrían significar el tener contratos con cada prestador.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE APTIADO - ANTIOQUIA
ESPACIO EN BLANCO



UNIÓN TEMPORAL SUMEICO IPS

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 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, manifiestan su voluntad de conformar, como en efecto lo hacen, una UNIÓN 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 con Empresas Promotoras de Salud.

En los términos de lo anterior;

REGLAS QUE REGULAN LAS RELACIONES ENTRE LAS PARTES Y SU RESPONSABILIDAD. Las siguientes cláusulas regulan las relaciones entre 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



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

RECIENTE 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 de actuaciones paralelas, el Representante Suplente deberá: (1) Presentar constancia escrita de la representante principal a la EPS contratante, en la que señale que no participará en determinada actuación o en la suscripción o celebración de un determinado acto o negocio jurídico; o, (2) Prestar declaración juramentada a la EPS contratante, sobre la imposibilidad transitoria o absoluta de 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 de la misma, a efectos de adelantar en su nombre de manera específica las 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO DE APARTADO ANTIOQUIA
ESPACIO EN BLANCO



44

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:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Ejecutar las obligaciones y cumplir con sus prestaciones conforme fue acreditada la experiencia específica por cada uno de los miembros de la UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS, en virtud de la propuesta.
5. 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 IPS se compromete a cumplir con las obligaciones en materia laboral, de seguridad social y tributaria que correspondieren en razón de la firma del contrato, asimismo, 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.



Handwritten number 141.

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

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 solidaria 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 área 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.	5,3%

ESPACIO EN BLANCO



44

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

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

SÉPTIMA: OBJETO DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS. El objeto de cada uno de los integrantes de 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 UNIÓN 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 médico especializadas, apoyo diagnóstico y terapéutico, internación e intervención quirúrgica, a través de personal capacitado bajo políticas de eficiencia y seguridad debidamente habilitados y ajustados a la normatividad vigente.
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, edad, capacidad de desplazamiento.



44



	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.
MEDICAUCA LIMITADA	Prestar a la población afiliada a las EPSS, servicios de salud habilitados conforme a la demanda de los afiliados en servicios de medicina general, 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.
UNIDAD DE ONCOLOGIA LAS VEGAS S.A.S.	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 la normatividad vigente.
PROMEDICSSALUD 24-7 IPS S.A.S.	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



Handwritten signature

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA DEL OTORRADO Y REGISTRO
NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO DEPARTADO ANTIOQUIA
ESPACIO EN BLANCO



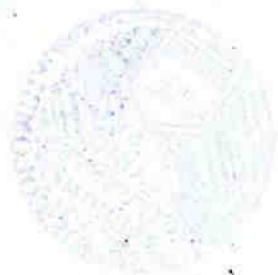
141

	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 tecnología 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 UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS se compromete a cumplir con las obligaciones y 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



9/11

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 tendrá 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 gastos de sostenimiento tendrán cargo al 4% AUI pago que se hará a cada prestador.

DÉCIMA QUINTA: DISOLUCION Y LIQUIDACIÓN. La Unión Temporal que por este documento se constituye, se disolverá por las siguientes causas: a) por 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



44

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 I 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 directamente 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 Arbitramento 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 solicitud de cualquiera de las partes, y este tribunal decidirá en derecho.

DÉCIMA OCTAVA: NORMAS APLICABLES. Este acuerdo de UNION TEMPORAL para todos los fines será regido, interpretado y exigible de 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

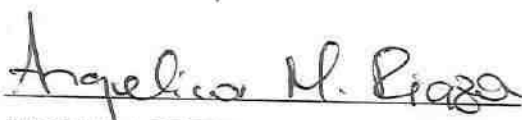


UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

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 correo electrónico: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com.

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 veintiuno (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.


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

REPÚBLICA DE COLOMBIA 946-67a-ba90

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
EL NOTARIO ÚNICO DEL CÍRCULO DE APARTADO-ANTIOQUIA

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

CAMARGO ORTIZ JOSE MANUEL

IDENTIFICADO CON C.C. 71936942

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

Apertado 2021-01-14 09:32:56

[Firma]
WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO
 NOTARIO ÚNICO DE APARTADO


 www.notariaenlinea.com
 Cod.: 73zh2



15 ENE 2021

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE MONTERÍA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
 FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería compareció(eron): ROGER EDUARDO

JIMENEZ Hoyos

Identificado(s) con cc 1064988165 de

expedida(s) en Carte

y declar(aron) que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, a imprimió(eron) su(s) huella(s) dactilares). En fe de lo cual se firma esta diligencia en Montería.

Firmen de los comparecientes

1. *[Firma]*

2. *[Firma]*

3. *[Firma]*

NOTARIA PRIMERA DE MONTERÍA

ESTA DILIGENCIA SE REALIZA POR INSISTENCIA DEL INTERESADO de Montería la Notaria 1a.



CLINICA CHINITA S.A

Juan C Merlano G
JUAN CARLOS MERLANO GÓMEZ
 CC. No. 11.106.492
 Representante Legal
 FISIOMED INTEGRAL S.A.S.

EMY PALMA VILLAMIZAR
EMY PALMA VILLAMIZAR
 CC. No. 1.040.498.134
 Representante Legal
 MEDICAUCA LIMITADA

FELIPE CARLOS PETRO PRIETO
FELIPE CARLOS PETRO PRIETO
 CC. No. 73.101.327
 Representante Legal
 UNIDAD ONCOLOGICA LAS VEGAS S.A.S.

EDER GALINDO ESCORCIA
EDER GALINDO ESCORCIA
 CC. No. 1.043.007.016
 Representante Legal
 PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S.

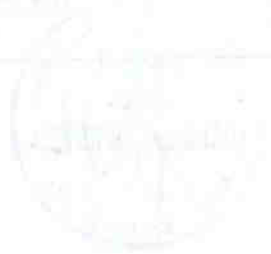
BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA
BLANCA NORA FERNANDEZ ALMANZA
 CC. No. 34.969.656
 Representante Legal
 SERVILAB DEL CARIBE S.A.S.

JOSE CARLOS HADDAD GARCIA
JOSE CARLOS HADDAD GARCIA
 CC. No. 79.296.278
 Representante Legal
 CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA

TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD
EL NOTARIO TERCERO DE MONTERÍA
 Previa la confrontación correspondiente, declara que la
 firma que aparece en el presente documento correspon-
 de a la autoría registrada ante mí por
Jose Carlos Haddad Garcia
JOSE CARLOS HADDAD GARCIA
 MIGUEL PUCHE YAÑEZ
 NOTARIO

**ESTA DILIGENCIA SE HACE A
 RUEGO E INSISTENCIA DEL USUARIO**





UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS



VIVIANA DEL CARMEN BARRAZA FIGUEROA

CC. No. 22.442.439

Representante Legal

UNIDAD DE SEGUIMIENTO AL RECIEN NACIDO Y ATENCION PEDIATRICA IPS S.A.S.

CC. 1.152.449.342

Orlando Peluza Villanueva
Gerente General
Clínica Médica
Apoderado Legal.



15 ENE 2021

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTERIA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería
comparecieron: BLANCA NORA
FERNANDEZ ALMANZA

Identificado(s) con CC 34969652, de Houtel

expedida(s) en _____

y declararon que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, e imprimió (eron) su(s) huella(s) dactilares. En fe de lo cual se firma esta diligencia en Montería. (ART. 88 D.L. 980/70)

Firman de los comparecientes

1. [Firma]
2. [Firma]
3. _____

NOTARIA 1ra DE MONTERIA

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTERIA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA



15 ENE 2021

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTERIA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería
comparecieron: JUAN CARLOS
MERLANDO GOMEZ

Identificado(s) con CC 1106492, de Pólo Nuevo

expedida(s) en _____

y declararon que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, e imprimió (aron) su(s) huella(s) dactilares. En fe de lo cual se firma esta diligencia en Montería. (ART. 88 D.L. 980/70)

Firman de los comparecientes

1. [Firma]
2. Juan Merlando G
3. _____

NOTARIA 1ra DE MONTERIA

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTERIA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA





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



161868

En la ciudad de Cauca, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el catorce (14) de enero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Única del Círculo de Cauca, 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.

----- Firma autógrafa -----



01qmygvw1m5n
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.

----- Firma autógrafa -----



01qmygvw1m5n
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 Civil.

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



ELVER MANUEL RAMOS ARRIETA

Notario Única del Círculo de Cauca, Departamento de Antioquia

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: 01qmygvw1m5n

15 ENE 2021

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE MONTERIA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del circuito de Monteria
comparación con:

Viviana Barraga figueroa

(se otorga) con:

22, 442, 439 de
expedida(s) en Bogotá

y declararon que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento
corresponde(n) a la(s) persona(s) que se menciona(n) y el contenido del mismo es cierto, e imprimió
firmas y huellas. En fe de lo cual se firma

esta diligencia en Monteria,

Febrero de los noventa y tres

(ART. 68 D.L. 980/70)

1. 

2. 



ESTA DILIGENCIA
SE REALIZA POR
INSISTENCIA DEL
INTERESADO
Notaria 1a
de Monteria



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 M. Rianza

----- 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 PRIVADO 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



247295

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.

----- Firma autógrafa -----



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.

Notaria 22
DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN

SAID JOSÉ MUÑOZ ALMARIO
NOTARIO ENCARGADO

Tels.: 368 85 06 - 362 22 96 - 479 95 38
48 No. 10 107 Centro Comercial Monterrey
Email: notaria22medellin@gmail.com

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A VIERNES: 8 a.m. a 5 p.m. Jornada continua
TOCOS LOS SÁBADOS: 9 a.m. a 1 p.m.



SAID JOSE MUÑOZ ALMARIO



Notario Veintidos (22) del Círculo de Medellín, Departamento de Antioquia Encargado

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: vx7md7x3gme2

19 ENE 2021

23 de diciembre de 2020, El bagre – Antioquia

Señores

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

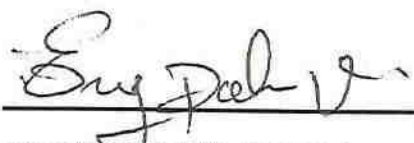
Referencia: poder especial, amplio y suficiente.

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.

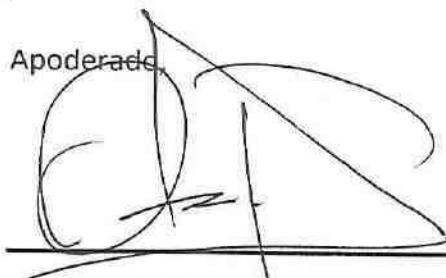
En conformidad con lo antes mencionado, se firma a los 23 días del mes de Diciembre del 2020

Poderdante,



EMY PALMA VILLAMIZAR
C.C. 1.040.498.134

Apoderado,



ORLANDO RAFAEL PALMA VILLAMIZAR
C.C. 1.152.449.3

23 DIC 2020

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Ante el Notario Segundo del círculo de Riohacha

Dr. JAIME RAFAEL AZAR MARTINEZ

compareció EDY PALMA

Vil Cortez

quien exhibió la c.c. 1.040.498/34

Expedida en R

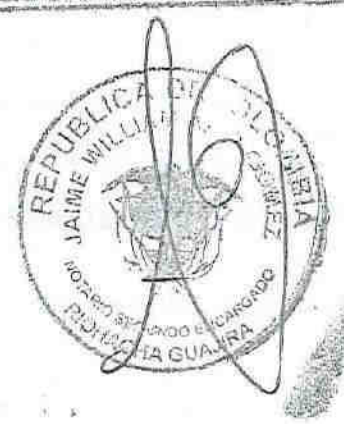
y declaro que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto

Edy Palma

Firma Autógrafa del Deponente



Autorizo el anterior reconocimiento
EL NOTARIO SEGUNDO DE RIOHACHA



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



Montería, ____ de febrero de 2021

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

Notario
Aprobado
B.J.

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., SERVLAB 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, SERVLAB 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 decidido 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



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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:

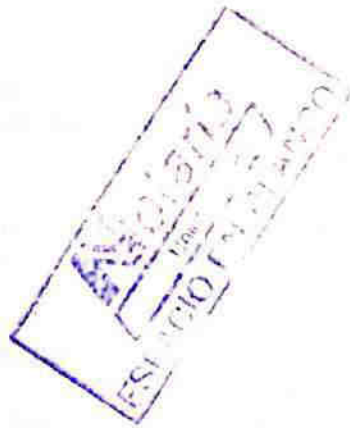
PRIMERO: Incorporar a la Unión Temporal Sumeicol IPS, en calidad de miembros a las instituciones CAMI S.A.S. identificada con NIT 812004304-8 y UNIDAD SAN FELIPE S.A.S. Identificada con NIT 901279675-8.



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, citohistopatológico, 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.



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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 DE COLOMBIA IPS S.A.S.	50.3%
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.	5,3%
CAMI S.A.S.	1%
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	1%



Con lo anterior, se establece 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.

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 () días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

Por:



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS

Angelica M. Riza
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
SHIRLY SIMANCA QUESADA
CC. No. 45.477.810
Representante Legal
CAMI S.A.S.



Maria Auxiliadora Polo Martinez
MARIA AUXILIADORA POLO MARTINEZ
CC. No. 49.716.508
Representante Legal
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.

República de Colombia

Notaría
Unica de Cerete

AUTENTICACION DE FIRMA, HUELLA Y RECONOCIMIENTO
En Cereté - Córdoba 01/03/2021 09:19:43 a.m.
Ante el Notario Unico del Circulo de Cerete Córdoba comparecio:
MARTINEZ RIAZA ANGELICA ESTHER
Identificado con: C.C. 50923374
Quien ademas declaro que la firma y huella que aparecen en el presente documento son suyas y que el contenido del mismo es cierto

v2bdeer32c2ed2dc

Angelica M. Riza
FIRMA

Biliardo Tuiran Ricardo Notario

Notaría
ESTA DILIGENCIA SE HIZO A RUEGO A INSTANCIA DEL ASISTENTE



12 MAR 2021

NOTARIA 1a
de Montería
ESTADILIZADA POR
INTERESADO

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE MONTERÍA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA
Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería
compareció(eron) SARAIY SANCHEZ
QUESADA
Identificado(s) con CC 45477810
expedida(s) en Ctoja
y declaró(aron) que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento
es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, o imprimio
(eron) su(s) huella(s) dactilares). En fe de lo cual se firma
esta diligencia en Montería.
Firman de los comparecientes (ART. 68 D.L. 960/70)
1. Saraiy Sanchez
2. Saraiy Sanchez
3. Saraiy Sanchez
NOTARIA 1a DE MONTERÍA

NOTARIA 1a de
LUZ ANGEL MARTINEZ
SORIANO
Notaria
Encargada
REPUBLICA DE COLOMBIA

12 MAR 2021

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE MONTERÍA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA
Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería
compareció(eron) MARIA MONTECAVALLO
POLO MARTINEZ
Identificado(s) con CC 49716508
expedida(s) en Valledupar
y declaró(aron) que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento
es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, o imprimio
(eron) su(s) huella(s) dactilares). En fe de lo cual se firma
esta diligencia en Montería.
Firman de los comparecientes (ART. 68 D.L. 960/70)
1. Maria Montecalvo
2. Polo Martinez
3. Maria Montecalvo
NOTARIA 1a DE MONTERÍA

NOTARIA 1a
ESTADILIZADA POR
INTERESADO

NOTARIA 1a de
LUZ ANGEL MARTINEZ
SORIANO
Notaria
Encargada
REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



Montería, 09 de marzo 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., SERVLAB DEL CARIBE S.A.S., CLINICA CENTRAL O.H.L. LTDA, UNIDAD DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN 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, PROMEDICSALUD 24-7 IPS S.A.S. NIT 901134813-5, SERVLAB 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 decidido 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 UNIONTEMPORAL 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,

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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 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
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 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 DE 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%



UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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%
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 establece 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.

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 veintiuno (2021).

Por:


ROGER EDUARDO JIMÉNEZ HOYOS
CC. No. 1.064.988.165
Representante Legal Suplente
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Aceptación de términos de los miembros incorporados;


ROSA SUSANA PEÑATE ACEVEDO
CC. No. 50.853.212
Representante Legal
ONCOMEDICA S.A.
INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA - IMAT



NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE MONTERÍA
TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD
 DE MONTERÍA

Previa la confrontación correspondiente, declara que la firma que aparece en el presente documento es similar a la autografiada por el/los

NOTARIA
1ra DE
MONTERÍA

Roger Rosa Sosana
Peñate Acevedo
 Montería

11 MAR 2021 (L. 16 D.L. 960/1970)



[Handwritten signature]

11 MAR 2021

NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE MONTERÍA
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO
FIRMA Y AUTENTICIDAD DE HUELLA

Ante mí, JOSE FABIO CIFUENTES LEON, Notario primero del círculo de Montería

compareció(eron) **Roger Jimenez Hoyos**

Identificado(s) con **#1064988 161 de**
Cerezo

expedida(s) en _____

y declaro(eron) que la(s) firma(s) puesta(s) en este documento es(son) suya(s) y el contenido del mismo es cierto, e imprimió(eron) su(s) huella(s) dactilares. En fe de lo cual se firma esta diligencia en Montería. (ART. 68 D.L. 960/70)

Firman de los comparecientes

1. *[Signature]*

3. *[Signature]*

NOTARIA
1ra DE
MONTERÍA



Notaria la de Montería
ESTA DILIGENCIA SE REALIZA POR INSISTENCIA DEL INTERESADO

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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 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 decidido 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

ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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, citohistopatológico, 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

ESPACIO EN BLANCO

UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



	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 benefician 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.
--	---



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 DE COLOMBIA IPS S.A.S.	50.3%
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.	5,3%
CAMI S.A.S.	1%
UNIDAD SAN FELIPE S.A.S.	1%



Con lo anterior, se establece 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

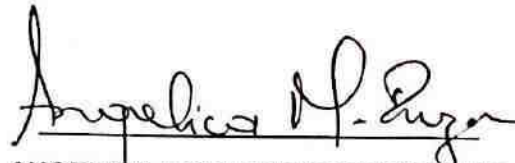
UNIÓN TEMPORAL SUMEICOL IPS



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.

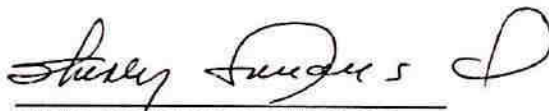
Para constancia de lo cual, se suscribe, en la ciudad de Montería a los (11) días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

Por:

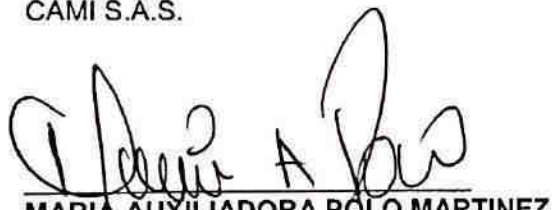

ANGELICA ESTHER MARTINEZ RIZA
CC. No. 50.923.374
Representante Legal Principal
UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS



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 DOCUMENTO 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 dos mil 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.

----- Firma autógrafa -----



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

En 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.

Angelica M. Rianza

----- Firma autógrafa -----



xvzx418x4mde
13/02/2021 - 08:43:22



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.

[Signature]



[Signature]

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 RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

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



884700

En 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: 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.

----- 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.



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: e3mr8x4npzkx

Acta 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6º # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CARDIOLOGIA

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 ONCF105542



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.aicepsl2020@gmail.com

Fecha Generación: 10.JUL.2021 11:31

Fecha Validación: 10.JUL.2021 11:32

Fecha Vencimiento: 9.AGO.2021

Cubre Desde: 18.JUN.2021

Hasta: 18.JUN.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: CEBALLOS CARVAJAL CARMEN EMILIA

No. Admisión: 0100546359

No. Doc.: 22007195

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 321 204 2404

No. Poliza:

Dirección: -- ZARAGOZA

No. Autorización: 3694547

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	12 CARDIOLOGIA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

32,300.00

Subtotal Area >>>

32,300.00

VALOR SERVICIOS:

32,300.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

32,300.00

TOTAL

TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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 satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:

IMAT INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA
oncomedica S.A.
NIT. 812.007.194-8

Firma

Se hace constar que la firma digital es la misma que la persona que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la conformidad en la entrega y Recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 07-10-21

RECIBE: [Firma]

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
CEBALLOS		CARVAJAL		CARMEN	
1er Apellido		2do Apellido		Ter Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				22007195	
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Extranjería				No Documento de Identificación	
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación				Edad	
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación				19/08/1944	
				Fecha de Nacimiento	
				SUPERBIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual ZARAGOZA					
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio ZARAGOZA	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		895	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☒ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
895100 1 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-05-24 Hora: 16:32					
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 ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
		☐ Cuota Moderadora		Porcentaje (%)	
		☒ Copago		Valor Máximo (1999) en pesos	
		☐ Cuota de Recuperación		0.00 €	
		☐ Otro		0.00 €	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
ROSA EVEY RENGIFO ZEMANATE					
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 24/05/2021					

Carmen Ceballos
Firma del Paciente 22007195

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



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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

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

Fecha Generación: 29.JUL.2021 14:37
Fecha Validación: 29.JUL.2021 14:38
Fecha Vencimiento: 28.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Cubre Desde: 22.JUL.2021

Hasta: 22.JUL.2021

Responsable:

Paciente: BARRIOS LLORENTE PERLA DEL MAR

No. Doc.: 1037480987

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 320 609 8159

No. Admisión: 0100554104

Dirección: CALLE 16 CRA 22 BARRIO VIKINGO - SAN JUAN DE URABA

Médico: 0

No. Poliza:

No. Autorización: 43582

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA	
--------------------	-------------	--

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
----	---	--

405,900.00

Subtotal 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

CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

405,900.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y pagar. El Afiliado No debe otorgar esta garantía. Acepto esta factura.
NIT. 901418364-1

Firma

FECHA:

RECIBE:

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: TFIKA_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 de autorización	43582	Fecha:	22/06/2021	09:02:50 a. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I			NR: 817003166
INFORMACION DEL PRESTADOR				
Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			
Código	Dirección	CALLE 42 # 10 A - 36 B/LAURELES	Teléfono	8297878
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN	
DATOS DEL PACIENTE				
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	
BARRIOS	LLORENTE	PERLA	DEL MAR	
Tipo De Identificación:				
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	
TARJETA DE IDENTIDAD	1037480987	05/03/2011	10 AÑOS 3 MESES 18 DIAS	
Dirección de residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio
				SAN JUAN DE URABA
SERVICIOS AUTORIZADOS:				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama	
☐ Urgencias				
Manaje Integral según guía de:				
881202	Cantidad	Descripción	Especialidad	
	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	IMAGEN	
Numero de solicitud de origen				
1	Fecha	22/06/2021	Hora	09:02:50 a. m.
PAGOS COMPARTIDOS				
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			
INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA				
Nombre de quien autoriza	ARMANDO ESPITIA M			Teléfono
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO			8212086
Observaciones:				
INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE				
Nombre de quien autoriza				Teléfono
Cargo o actividad				Teléfono celular
Esta orden de servicio es única e intransferible solo válida en la IPS autorizada sujeto auditoría médica [(Validez 90 días)]				
Firma del Paciente				

enmendado
43823118



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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

QUIMIOTERAPIA



Factura Electronica de Venta ONCF111932

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.alceps12020@gmail.com

Fecha Generación: 12.AGO.2021 12:32

Fecha Validación: 12.AGO.2021 12:33

Fecha Vencimiento: 11.SEP.2021

Cubre Desde: 15.JUL.2021

Hasta: 15.JUL.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100552863

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

No. Poliza:

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

No. Autorización: 408

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

15 MEDICAMENTOS POS

1,047,872.00

Subtotal Area >>>

1,047,872.00

VALOR SERVICIOS:

1,047,872.00

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:

Vendedor:



Firma

Firma

Se hace constar que la persona que firma esta factura es la persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarla al cumplimiento. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

08-09-21

RECIBE:

1040499859

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: TFFKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641
CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764436
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
07/07/2021
03:06:04 PM

Usuario: CC 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICHETH Orden de Servicios No. 408
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968 07/08/2007 Edad: 13 años, 11 meses y 0 días
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

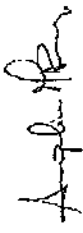
Prestador del Servicio ONCOMEDICA SA
Dirección y Teléfono: CRA 6372-34 EDIFICIO IMAT Teléfono: 7844344



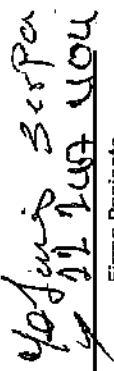
02 MEDICAMENTO POS
L01BM009011 MERCAPTOPURINA 50MG TABLETA

56 1.047.872

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quién Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó


Yofany Serpa
Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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

CARDIOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF112901

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

Fecha Generación: 17.AGO.2021 8:53

Fecha Validación: 17.AGO.2021 8:54

Fecha Vencimiento: 16.SEP.2021

Cubre Desde: 30.JUL.2021

Hasta: 30.JUL.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: REYES PEÑA MANUEL CRISTOBAL

No. Doc.: 8425477

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 304 551 5729

No. Admisión: 0100556402

Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES

No. Poliza:

No. Autorización: 547

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

32,300.00

Subtotal Area >>>

32,300.00

VALOR SERVICIO

32,300.00

VALOR COPAGO

0.00

VALOR PAGO COMPARTID

0.00

VALOR DESCUENTO

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

32,300.00

TOTAL

TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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 satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

IMAT
INSTITUTO
MEDICO DE ALTA
TECNOLOGIA
oncomedica s.a.
Nit. 812007194-8

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que el mismo está autorizado para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse a pagar. El comprador declara que la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

RECIBE:

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

F/

F

R

112901

114189



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de autorización	647	Fecha:	29/06/2021	Hora	02:56:33 p. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-1		CODIGO EPS103		NIT: 817003156
INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UT SUMEICOL				
Código		Dirección	CALLE 42 N° 10A-36 B/LAUIELES	Teléfono:	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ARBOLETES		
DATOS DEL PACIENTE					
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2		
REYES	PEÑA	MANUEL	CRISTOBAL		

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	8425477	5/01/1953	68 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS
Dirección de residencia habitual	VEREDA GAILEA	Departamento	ANTIOQUIA
		Municipio	ARBOLETES

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	Especialidad
898100	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO Q DE SUPERFICIE SOD	IMÁGENES

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	29/06/2021	Hora	02:56:33 p. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☒	Cuota moderadora			
☐	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	cota			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN	Teléfono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Teléfono celular	3107362146
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Teléfono:	
Cargo o actividad		Teléfono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada

- sujeto auditoria medica - [Validez 90 días]

Firma del Paciente

Edith Reyes
10 33366459

AD Amica
8425477



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

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF114870

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		Fecha Generación: 28.AGO.2021 11:30 Fecha Validación: 28.AGO.2021 11:31 Fecha Vencimiento: 27.SEP.2021 Cubre Desde: 6.AGO.2021 Hasta: 6.AGO.2021 Responsable:
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro	

Paciente: MORA CALDERIN PRISCILA VENTURA No. Doc.: 42651547 Tipo Doc.: CC Dirección: BARRIO DEPORTIVO - ARBOLETES Médico: 0	Teléfono: 313 776 4435. No. Poliza: No. Autorización: 506	No. Admisión: 0100558242
---	--	---------------------------------

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
Subtotal 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 CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 405,900.00	405,900.00
---	------------

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 comprador declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado: Firma	Vendedor: Firma oncomedica s.a. NIT. 812007194-8	Se hace constar que la firma distinta al comprador, pone en cuenta persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cumplimiento de la misma. Acepto esta factura. FECHA: 28.09.21 RECIBE: [Firma] 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



114890

Numero de autorización	506	Fecha:	16/06/2021	Hora	11:42:34 a. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03		NIT: 817003166

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UT SUMEICOL				
Código	Dirección		CALLE 42 N° 30A-36 B/ LAURELES	Teléfono:	3137764435
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ARBOLETES	

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
MORA	CALDERIN	PRISCILA	VENTURA

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	42651547	14/07/1956	64 AÑOS 11 MESES 2 DIAS

Dirección de residencia Habitual	BARRIO DEPORTIVO	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ARBOLETES
----------------------------------	------------------	--------------	-----------	-----------	-----------

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	Especialidad
881232	1	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL	IMAGEN

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	16/06/2021	Hora	11:42:34 a. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN	Telefono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	3107382145
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoría médica [(Validez 90 días)]

Priscila Mora

Ce 42651547
Firma del Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6* # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - 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 ONCF116050



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

Fecha Generación: 31.AGO.2021 16:04

Fecha Validación: 31.AGO.2021 16:08

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 27.MAR.2021

Hasta: 3.ABR.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: BAILARIN DOMICO LUNEIRA

No. Admisión: 0100528262

No. Doc.: 1040385265

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3208361871

Dirección: VEREDA POLINE - CHIGORODO

No. Poliza:

Médico: SANDRA MILENA NEGRETE CONTRERAS

No. Autorización: 1015

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2
-----------------	----	--------------------------

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	2,105,600.00
14	MATERIALES E INSUMOS	793,929.00
15	MEDICAMENTOS POS	953,938.00
19	LABORATORIO CLINICO	118,950.00
21	GASES MEDICINALES	305,844.00

Subtotal Area >>>	4,360,106.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2
-----------------	----	--------------------------------------

14	MATERIALES E INSUMOS	8,544.00
----	----------------------	----------

Subtotal Area >>>	8,544.00
-------------------	----------

Area Funcional:	73	HOSPITALIZACION PISO 4 T2
-----------------	----	---------------------------

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	195,970.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	113,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	651,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS	375,631.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,157,679.00

Subtotal Area >>>	2,493,780.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	75	HOSPITALIZACION PISO 4 T1
-----------------	----	---------------------------

19	LABORATORIO CLINICO	180,800.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>>	180,800.00
-------------------	------------

VALOR SERVICIOS:	7,043,230.00
------------------	--------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

VALOR TOTAL FACTURA:	7,043,230.00
----------------------	--------------



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

GR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - 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 ONCF116050



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

Fecha Generación: 31.AGO.2021 16:04

Fecha Validación: 31.AGO.2021 16:08

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 27.MAR.2021

Hasta: 3.ABR.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: BAILARIN DOMICO LUNEIRA

No. Doc.: 1040385265

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3208361871

No. Admisión: 0100528262

Dirección: VEREDA POLINE - CHIGORODO

No. Poliza:

No. Autorización: 1015

Médico: SANDRA MILENA NEGRETE CONTRERAS

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

SIETE MILLONES CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS CON CERO CENTAVOS ***** 7,043,230.00

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:



Se hace constar que la persona que suscribe esta factura supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 31-08-2021

RECIBE: [Firma]

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
31/03/2021
13:02:34 p. m.

Usuario: -RC 1040385265 BAILARIN DOMICO LUNEIRA

Orden de Servicios No

1015

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

01/10/2020 Edad: 0 años. 10 meses y 30 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RAZA

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

Usuario: RC 1040385265 BAILARIN DOMICO LUNEIRA

Orden de Servicios No. 1014

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

01/10/2020 Edad: 0 años, 10 meses y 30 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACIÓN BIPERSONAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Ejecuta



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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

Factura Electronica de Venta ONCF116088



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

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. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: CAÑA LUCAS RAFAEL

No. Doc.: 1001532404

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3506974226

No. Admisión: 0100526869

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO EL PARAISO - CAUCASIA

No. Poliza:

No. Autorización: 1022

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

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	2,245.00
15	MEDICAMENTOS POS	659,669.00

Subtotal Area >>> 661,914.00

Area Funcional: 74 HOSPITALIZACION PISO 3 T1

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	690,482.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,626,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	549,696.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,502,192.00
19	LABORATORIO CLINICO	186,800.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	451,400.00
31	ECOGRAFIAS	153,000.00

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

CUFE: 75e015d03b0b99ed99ced28729ec940c9858292420e46678a6a173cc2b729156375f0629d342597fc8db8303aba57



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

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. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: CAÑA LUCAS RAFAEL

No. Admisión: 0100526869

No. Doc.: 1001532404

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3506974226

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO EL PARAISO - CAUCASIA

No. Poliza:

No. Autorización: 1022

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

ONCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 11,379,210.00

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 los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a pagar como la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1

FECHA: 31-08-21
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-b720-6cd9f9661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

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

Usuario: CC 1001532404 CAZA LUCAS RAFAEL

Orden de Servicios No. 1022

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

21/09/2000 Edad: 20 años, 11 meses y 10 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS
10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden

24/03/2021

04:10:12 p. m.

Usuario: CC 1001532404 CAZA LUCAS RAFAEL

Orden de Servicios No.

1026

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

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

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit B17001773-3 CALLE 1 N° 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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

883101 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO

1

883231 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

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

Usuario: CC 1001532404 CAÑA LUCAS RAFAEL

Orden de Servicios No. 1025

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

21/09/2000 Edad: 20 años, 11 meses y 10 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción

Cantidad Valor Unitario Sub Total

07 HONORARIOS

998702 soporte para sedación para consulta o apoyo diagnóstico

1 222,600.00 222,600.00

Total Servicios: 222,600.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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 : 4 Fecha : 23/03/2021 Hora : 14:39

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT : 812007194

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Código : 230010094901

Teléfono : 7854344

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Entidad a la que se informa (Pagador) :

Código :

SOLICITANTE

No. Admisión : 0100526889

Fecha de nacimiento : 21/09/2000

Nombre : RAFAEL CAÑA LUCAS

Tipo documento : CC Número : 1001532404

Dirección : NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO EL PARAISO

Dpto: (05) ANTIOQUIA

Ciudad : (154) CAUCASIA

Teléfono: 3506974226

Zona : U

Clase Afiliación: NV

Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 15

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

Código CUPS

Cantidad

Descripción servicio

10A004

10

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Justificación clínica : 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 :

Solicitud : 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.

— Adjuntos: —

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD DE RAFAEL CAÑA LUCAS.pdf	44,0 KB
--	---------

EVOLUCIÓN DE RAFAEL CAÑA LUCAS.PDF	1,6 MB
------------------------------------	--------

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

De: Sixta Rosa De Castros Escorcía <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: Fwd: 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 Escorcía <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

Envío 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 Escorcía <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: AIC <autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>, SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>

Buenas

Envío para su colaboración y pronta respuesta



Factura Electronica de Venta ONCF116150

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 31.AGO.2021 17:30
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 31.AGO.2021 17:37
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
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH	No. Admisión: 0100538282
No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3117047998
Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE	No. Poliza:
Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES	No. Autorización: 194

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	88,273.00
15	MEDICAMENTOS POS	5,757,825.00
Subtotal Area >>>		5,846,098.00
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	55,100.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,106,770.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	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
99	QUIMIOTERAPIA	707,400.00
Subtotal Area >>>		37,865,463.00
Area Funcional:	16 CIRUGIA	
01	CIRUGIAS GENERALES	72,000.00
15	MEDICAMENTOS POS	59,915.00
Subtotal Area >>>		131,915.00
Area Funcional:	73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	846,070.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	83,900.00
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 Funcional:	74 HOSPITALIZACION PISO 3 T1	
14	MATERIALES E INSUMOS	100,000.00
Subtotal Area >>>		100,000.00



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. 6 de 13/01/2020
No somos autorretenedores No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF116150



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

Fecha Generación: 31.AGO.2021 17:30

Fecha Validación: 31.AGO.2021 17:37

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 14.MAY.2021

Hasta: 26.JUN.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100538282

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

No. Póliza:

No. Autorización: 194

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Código	Descripción	Valor Total
	VALOR SERVICIOS:	51,937,181.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	51,937,181.00

TOTAL

CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS **** * * * *

51,937,181.00

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:



Se hace constar que la firma distinta al comprador se trata de una persona que está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al comprador a pagar conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN N° SUMEICOL
NIT: 901418364-1
FECHA: 08-9-21
RECIBE: [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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMECOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

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

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 1027

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 14 años, 0 meses y 24 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

06	ESTANCIAS	1
----	-----------	---

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3702625

Fecha: 06/06/2021

Hora: 10:53

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 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499859		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		07/08/2007	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Fecha de Nacimiento		SUJETO TOTAL	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		MONEDA SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		Teléfono	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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	
10A002		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-06-05		Hora: 10:53	
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 ticket, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro		0.00 €	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
ONEIDA OMEN INCHIMA					
Cargo o actividad: AUX AT COMUNERO		Teléfono Celular:			
FOM 05/06/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3707882

Fecha: 10/06/2021

Hora: 11:00:11

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 38 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499859		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono		Edad	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		MUNICIPIO SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		MUNICIPIO SUBSIDIO	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-06-10 Hora: 11:00					
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 ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (top) en pesos					
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago 0.00 € 0.00 €					
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza Teléfono					
ONEIDA OMEN INCHIMA					
Cargo o actividad: AUX AT COMUNERO Teléfono Celular:					
FOM 10/06/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3715091

Fecha: 17/06/2021

Hora: 11:05:53

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 9014183841 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021					
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					

DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		1040499859		No Documento de Identificación	
Tipo Documento de Identificación		Cédula de Extranjería		Edad	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		07/08/2007	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		SUBSIDIO TOTAL	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA					
Dep. nento ANTIOQUIA		05		Municipio EL BAGRE	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa		☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION	
☐ Urgencias		Cama	
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
10A001	1	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-06-17		Hora: 11:10	
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 fiquete, bono o vale de pago				1	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Límite) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 €	0.00 €		
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ONEIDA OMEN INCHIMA	
Cargo o actividad: AUX AT COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 17/06/2021	
----------------	--

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3720272

Fecha: 21/06/2021

Hora: 15:57

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 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	23 Municipio MONTERIA
Correo: utsumicol.alcepsi2020@gmail.com		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 Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono	
Dep. nento	ANTIOQUIA	05 Municipio EL BAGRE	250
Teléfono Celular		Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias			Cama 60
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
10A001	1	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-06-21	Hora: 12:11
-------------------------------	-------------------	-------------

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 ticket, bono o vale de pago		☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 €	0.00 €
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 21/06/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3727493

Fecha: 25/06/2021

Hora: 11:11

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		2do Nombre		1040499859	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		07/08/2007	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono		SUBSIDIO TOTAL	
Dep. Antioquia		Municipio EL BAGRE		MODALIDAD SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 10					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-06-25		Hora: 11:11	
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	
Recaudo del prestador				Reclamo de liquete, bono o vale de pago	
Concepto		Valor en pesos		Porcentaje (%)	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 €		0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 25/06/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3730325

Fecha: 28/06/2021

Hora: 11:09:11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				NIT ☒ 901418364	
				C.C. ☐ Número	
Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com		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					
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería		☐ No Documento de Identificación	
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación			Edad	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación			Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA					
Teléfono					
Dep/mento	ANTIOQUIA	05	Municipio	EL BAGRE	250
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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			Especialidad
10A001	1	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-06-28		Hora: 11:09	
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 liquete, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Liquete) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 €	0.00 €		
☐ 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:		

FOM 28/06/2021

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



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

Fecha 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 N° 4-50 239968

08/07/2007 Edad: 13 años, 9 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

01 CONSULTAS

890454-1 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA

Total Servicios: 1

ANGELICA MARTINEZ RIZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

Por la Orden
18/05/2021
13:46:52

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 194

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 13 años, 9 meses y 11 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

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

Prestador del Servicio IMAT
Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	
033101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	2
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	2
992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	2

Total Servicios:

MONICA LILIANA FAJARDO ARGEL
Quien Autoriza

MONICA LILIANA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Prestador



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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

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.liceptsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 31.AGO.2021 17:57

Fecha Validación: 31.AGO.2021 18:04

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 24.ABR.2021

Hasta: 14.MAY.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: VIDALES DOMICO JUNIOR MAURICIO

No. Doc.: 1040806814

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3136729872

No. Admisión: 0100534153

Dirección: VEREDA MUTATA - MUTATA

Médico: CARLOS ANDRES LOPEZ ROJAS

No. Poliza:

No. Autorización: 3655972

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional: 68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
--------------------	--------------------------	--

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	2,782,730.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	791,900.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	3,120,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	19,570,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	13,141,907.00
15	MEDICAMENTOS POS	29,723,573.00
19	LABORATORIO CLINICO	8,532,838.00
21	GASES MEDICINALES	2,305,380.00
31	ECOGRAFIAS	153,000.00

Subtotal Area >>>

80,121,928.00

Area Funcional: 69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
--------------------	--------------------------------------	--

14	MATERIALES E INSUMOS	62,370.00
15	MEDICAMENTOS POS	56,090.00
19	LABORATORIO CLINICO	537,365.00
26	RESONANCIA	1,692,300.00

Subtotal Area >>>

2,348,125.00

TOTAL

OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL CINCUENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS

82,470,053.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma digital es la única y verdadera que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y/o responsabilidad de la mercancía. Acepto esta factura.

NIT: 901418364-1

Firma

FECHA: 03-09-21

RECIBE: [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-b720-6cd9f661767

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

3655872

Fecha: 29/04/2021

Hora: 11:21:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					
Nombre PRESTADOR NO CONTRATADO A NIVEL NACIONAL				NIT ☒	000000000-0
				CC ☐	Número
Código 000000000000 Dirección del Prestador NACIONAL COLOMBIA					
Teléfono		Departamento CAUCA		19	Municipio POPAYAN
Correo: Contrato: RED NO CONTRATADA SERVICIOS DE RED NO CONTRATADOS					
DATOS DEL PACIENTE					
VIDALES		DOMICO		JUNIOR	MAURICIO
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación					
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación			
				1040806814	
				25/02/2021	
				Fecha de Nacimiento	SURTIRO DENTAL MODELO DE SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual: V/IAKERAZABY					
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio MUTATA	Teléfono 3108386447
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa		☒ Hospitalización		Servicio HOSPITALIZACION	
☐ Urgencias		Cama			
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			Especialidad
109A01	1	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
Fecha: 2021-04-29					
Hora: 11:21					
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 €	0.00 €
☐ 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					

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1

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

Asunto: Re: SOLICITO COTIZACION PARA EL PACIENTE JUNIOR VIDALES DOMICO DE UNION TEMPORAL - SUMEICOL
De: cotizaciones <cotizaciones@imatoncomedica.com>
Fecha: 28/04/2021, 11:06 a. m.
Para: Unidad de Cuidados Intensivo 3 Piso Ucl 4 <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>

Buenos Días, cordial saludo

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

Muchas Gracias.

Cordialmente,

ALVARO JAVIER QUIROZ MESTRA

Asistente de contratación
+57 (4) 7054344 Ext: 1200
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.

Protegemos El Medio Ambiente
No imprimas este correo si no es necesario.

De: Unidad de Cuidados Intensivo 3 Piso Ucl 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 Y PSIQUIATRIA

Cordialmente,

ALVARO MERCADO ARGUMEDO

Asistente de Cuentas Médicas
+57 (4) 7054344 Ext: 2505

IMAT - Oncomedica S.A.



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

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

Factura Electronica de Venta ONCF116198



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: RESTREPO DOMICO KATY LUZ

No. Doc.: 1038481187

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3147922343

No. Admisión: 0100528122

Dirección: VEREDA PUERTO SAN PEDRO - NECHI

No. Poliza:

No. Autorización: 1017

Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional: 07 URGENCIAS

15	MEDICAMENTOS POS	24,751.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	281,100.00

Subtotal Area >>> 305,851.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	33,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS	154,588.00
15	MEDICAMENTOS POS	18,330.00

Cirugia 770302C

SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO

Valor Servicio Qx

39006	Grupo 08	154,635.00
39106	Grupo 08	88,790.00
39119	Grupo 08	42,120.00
01	CIRUGIAS GENERALES	285,545.00

Cirugia 793306C

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

Valor Servicio Qx

39007	Grupo 09	309,270.00
39107	Grupo 09	177,580.00
39120	Grupo 09	84,240.00
39211	Grupo 09	552,760.00
39303	GRUPOS 07 - 08 - 09	309,465.00
01	CIRUGIAS GENERALES	1,433,315.00

Subtotal Area >>> 1,925,078.00

Area Funcional: 73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2

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

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	237,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,085,500.00
14	MATERIALES E INSUMOS	147,408.00
15	MEDICAMENTOS POS	307,065.00

Subtotal Area >>> 1,777,573.00

VALOR SERVICIOS: 4,008,502.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6* # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - 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 ONCF116198



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: RESTREPO DOMICO KATY LUZ

No. Admisión: 0100528122

No. Doc.: 1038481187

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3147922343

No. Poliza:

Dirección: VEREDA PUERTO SAN PEDRO - NECHI

No. Autorización: 1017

Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO

Código	Descripción	Valor Total
	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	4,008,502.00

TOTAL

ATRO MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS DOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 4,008,502.00

4,008,502.00

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:



Firma

Se hace constar que la firma bisita al comprador y esta persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 08-09-21

RECIBE: [Signature]

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



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

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

Usuario: RC 1038481187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Orden de Servicios No

1017

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

28/10/2011 Edad: 9 años, 11 meses y 3 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

06 ESTANCIAS

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

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

Usuario: RC 1038481187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Orden de Servicios No.

1018

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

28/10/2011 Edad: 9 años 11 meses y 3 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4 50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

042312 NEUROLISIS EN NERVO MEDIANO

793306 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CUBITO CON
CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACION [OSTEOSINTESIS]]

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

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

Usuario: RC 1038481187 RESTREPO DOMICO KATY LUZ

Orden de Servicios No

1020

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

28/10/2011 Edad: 9 años 11 meses y 3 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
770302 SEQUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma de Ende

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 - CORDOBA			Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021
Teléfono:			Cubre Desde: 22.JUL.2021
E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com			Hasta: 26.JUL.2021

No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	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:
Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES			No. Autorización: 3815682

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA	
-----------------	----	---------------	--

15	MEDICAMENTOS POS	1,384,213.00
----	------------------	--------------

99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00
----	---------------	------------

Subtotal Area >>>	1,925,313.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	07	URGENCIAS	
-----------------	----	-----------	--

19	LABORATORIO CLINICO	195,700.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>>	195,700.00
-------------------	------------

Area Funcional:	16	CIRUGIA	
-----------------	----	---------	--

01	CIRUGIAS GENERALES	36,000.00
----	--------------------	-----------

Cirugia	413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
---------	---------	---------------------------------------	-------------------

39003	Grupo 05	115,352.00
-------	----------	------------

39103	Grupo 05	75,392.00
-------	----------	-----------

39207	Grupo 05	205,705.00
-------	----------	------------

39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,054.00
-------	---------------------	-----------

01	CIRUGIAS GENERALES	480,503.00
----	--------------------	------------

Subtotal Area >>>	516,503.00
-------------------	------------

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
-----------------	----	--------------------------	--

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

14	MATERIALES E INSUMOS	351,771.00
----	----------------------	------------

15	MEDICAMENTOS POS	813,938.00
----	------------------	------------

19	LABORATORIO CLINICO	468,900.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>>	1,634,609.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
-----------------	----	--------------------------------------	--

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	198,000.00
----	---	------------

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	2,105,600.00
----	--	--------------

19	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
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		7,226,265.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF116275



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

Fecha Generación: 31.AGO.2021 18:46

Fecha Validación: 31.AGO.2021 18:47

Fecha Vencimiento: 30.SEP.2021

Cubre Desde: 22.JUL.2021

Hasta: 26.JUL.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

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

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

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

7,226,265.00

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:
INSTITUTO MEDICO ALTA TEMPOLOGIA
ONCOMEDICA S.A.
NIT: 812007194

Firma

Se hace constar que la persona que firma esta factura es una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante según conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

08-9-21

RECIBE:

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3815682

Fecha: 24/08/2021

Hora: 12:57:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS101	
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		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
RÓMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499859		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento	
Lugar de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono		Edad	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		Subsidio TOTAL	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		Medio de Vida SUBSIDIO	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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 Especialidad					
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-24		Hora: 12:57	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro			
INFORMACION DE LA 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					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

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

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No

1039

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 14 años, 11 meses y 25 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit: 817001773-3 CALLE 1 N° 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

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

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

Usuario: TI 1040489859-ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

686

Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 18 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

SOAT - 35%

1

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +

SOAT - 35%

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Cedente



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

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

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH Orden de Servicios No. 688
Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968 07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 19 días
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
905504 METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

5 212,000.00 1,060,000.00

Total Servicios: 1,060,000.00


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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
Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968

Orden de Servicios No. 686

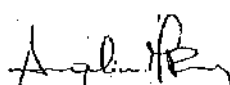
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 19 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4 50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Código	Descripción	Cantidad
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL SOAT - 35%	1
992505	POLIQIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) + SOAT - 35%	1

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

0000000000

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 ONCF116762



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 1.SEP.2021 17:59
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 2.SEP.2021 12:14
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA			Fecha Vencimiento: 1.OCT.2021
Teléfono:			Cubre Desde: 29.MAR.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Hasta: 3.MAY.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable:
Código ERP:			

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH	No. Admisión: 0100528607
No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3117047996
Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE	No. Poliza:
Médico: SONIA MARGARITA GARCIA DELGADO	No. Autorización: 1061

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

14	MATERIALES E INSUMOS	31,378.00
15	MEDICAMENTOS POS	4,098,717.00

Subtotal Area >>> 4,130,095.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	33,300.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,027,395.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	15,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	8,879,500.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,937,815.00
15	MEDICAMENTOS POS	4,512,817.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,870,440.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	642,700.00
99	QUIMIOTERAPIA	707,400.00

Subtotal Area >>> 20,626,567.00

Area Funcional: 15 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

19	LABORATORIO CLINICO	43,100.00
----	---------------------	-----------

Subtotal Area >>> 43,100.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

01	CIRUGIAS GENERALES	72,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	170,800.00
15	MEDICAMENTOS POS	128,688.00
19	LABORATORIO CLINICO	688,640.00

Cirugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

Valor Servicio Qx

39003	Grupo 05	115,400.00
39003	Grupo 05	115,400.00
39103	Grupo 05	75,400.00
39103	Grupo 05	75,400.00
39207	Grupo 05	205,700.00
39207	Grupo 05	205,700.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
01	CIRUGIAS GENERALES	961,200.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACIÓN 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 ONCF116762



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100528607

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047998

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 1051

Médico: SÓFIA MARGARITA GARCIA DELGADO

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Subtotal Area >>>

2,021,328.00

VALOR SERVICIOS:

26,821,090.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

26,821,090.00

TOTAL

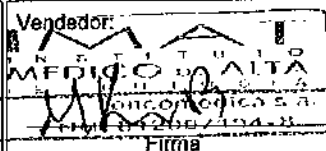
VEINTISEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL NOVENTA PESOS CON CERO CENTAVOS **** * * * *

26,821,090.00

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 los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:



Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

08-09-21

RECIBE:

Firma

Firma

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-b720-61d9f681767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
30/03/2021
12:13:31 p. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 1061

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 14 años, 0 meses y 27 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

		Cantidad	Valor	Subtotal
2	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
98106	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?	2		
4	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS			
33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	3		
41307	GASTROSCOPIA TRANSORAL (CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO)	2		
3	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos			
72502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	3		
72505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	1		

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

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 Escorcía <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 03/09/2021, 02:55 p. m.

Para: ADMISIONES <admisiones@imatoncomedica.com>, UCI <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>

PSC

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

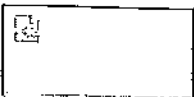
Asunto: Re: ANEXO 3 - KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 24 AL 26 DE ABRIL DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA

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 N° 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia

Asunto: Fwd: ANEXO 3 - KAREN LUCETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021) IMAT ONCOMEDICA
Fecha: Tue, 04 May 2021 10:08:11 -0500
De: Autorizaciones IMat Oncomedica <autorizaciones3@imatoncmedica.com>
Para: autorizacion@utsumedical.com
CC: autorizacionesrrr@alcsalud.org.co

— Mensaje reservado —

Asunto: ANEXO 3 - KAREN LICETH ROMERO SERPA (ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021) | IMAT ONCOMEDICA

Fecha: Tue, 4 May 2021 09:37:02 -0500

De: Juan Guillermo Berrío Guzmán <autorizaciones3@imatoncmedica.com>

Para: autorizacion@utsumetcol.com

CC: autorizacionesrcr@aicssalud.org.co

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

OLINE !!

Asunto: ANEXO 3 - KAREN LICETH ROMERO SERPA [ESTANCIA HOSPITALARIA DEL 27 DE ABRIL AL 02 DE MAYO DE 2021] | IMAT ONCOMEDICA
Fecha: Tue, 4 May 2021 09:37:02 -0500

Fecha: Tue, 4 May 2021 09:37:02 -0500

DeLuan Guillermo Bernio Guzman <autonzaciones3@imatoncomedica.com>

Para autorización@utsumedical.com

CC:autorizacionessr@aic.salud.gub.uy

AIC - UT SUME/COLIPS

De manera atenta, adjunto anexo N° 3 y evolución de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

KAREN LICETH ROMERO SERPA identificado con el número 1.040.499.859 hospitalización correspondiente a los días 27-28-29-30 DE ABRIL Y 01-02 DE MAYO DE 2021.

[illegible]

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 autorización el silencio 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. 3608

MAT - 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 pedimos notificar a la persona remitente, y abstenerse de compartir o divulgar la información contenida en este y en la posible dirección de correo de su bandeja de entrada.

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

robustez mas El Medio Ambiente
e impugna esta como sind es detectado.

Asunto: ANEXO 3 KAREN LUCETH ROMERO SERPA ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA
De: Sixta Rosa De Castro Escordia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>
Fecha: 31/03/2021, 06:20 p. m.
Para: AIC <autorizacion@usumecol.com>, AIC 2 <emisionesserv@aiculud.org>

Seniors:

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo N° 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

KAREN LUCETH ROMERO SERPA Identificado con el número 1040499859 hospitalización correspondiente a ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021

TEL COMPA DE RECOPILACIÓN NÚMERO 003047 DE 2004 14 AGO 2004 HOJA No 3

El presente informe tiene como finalidad dar a conocer el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 257 de 1939 y la Ley 527 de 1939, en materia de servicios de salud, en el municipio de San Carlos, departamento de Córdoba, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1990.

El informe está estructurado en tres partes: la primera, que describe la situación general de los servicios de salud en el municipio; la segunda, que describe la situación de los servicios de salud en el municipio, y la tercera, que describe la situación de los servicios de salud en el municipio.

El informe está estructurado en tres partes: la primera, que describe la situación general de los servicios de salud en el municipio; la segunda, que describe la situación de los servicios de salud en el municipio, y la tercera, que describe la situación de los servicios de salud en el municipio.

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

Assistente da Contas Mágicas
57 (4) 7848997 Ext. 3608-3609

MAT - Oncomedica S.A.

a 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.

usted recibe este correo por error, le solicitamos notificar a la persona remitente, y solicitarle de compartir e divulgar la información contenida en esta y en la posible alimtar que corresda de su banda de la unidad.

LAET - Oncomedica S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudieran presentarse este cartón la vez enviado.

reajam: El Medio Ambiente
a imponer sus criterios necesarios.

-Adjuntos:-

RPT Details AT3.pdf

HC 29.PDF

EVOLUCIONES.PDF

40.1 KB

274 KB

350 KB

—

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

Asunto: Fwd: ANEXO 3 KAREN LUCETH ROMERO SERPA ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA
Des: Sixta Rosa De Castros Escordia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>
Fecha: 05/04/2021, 09:22 a. m.
Para: AIC <autorizacion@utsumedcol.com>, AIC 2 <remisionessr@aicsalud.org.co>

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

Asunto: ANEXO 3 KAREN UCETH ROMERO SERPA ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021 IMAT ONCOMEDICA
Fecha: Wed, 31 Mar 2021 18:20:53 -0500

Deslita Rosa De Castros Escorcia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Responder a:autORIZACIONES3@imatoncommedica.com

Para: ALC <autorizacion@utsumeicol.com>, ALC 2 <remisionessier@aicsalud.org.co>

Señoras:

UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo N° 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

1040498859 hospitalización correspondiente a ESTANCIA DEL 29 AL 31 DE MARZO DEL 2021

INTEL CORP. DE RESOLUCIÓN NUMERO 000047 DE 2008 HOJA No 3

[illegible]

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) 7849997 Ext: 3608-3609

UMAT - Oncomedica S.A.

La información contenida en este correo, incluidos sus archivos adjuntos, es confidencial y solo para uso con el propósito y uso de los permisos a los cuales están sujetos.

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 la posible siguiente edición correo de su bandeja de entrada.

MAAT - Encomienda S.A. No se hace responsable de alteraciones que pudiese presentar esta correo una vez enviado.

Protegiendo El Medio Ambiente

ಪ್ರತಿ ಸಂವತ್ಸರದ ೧೨ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ೧೨ ಸಂವತ್ಸರಗಳನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ.

2

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



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 3.SEP.2021 10:24

Fecha Validación: 3.SEP.2021 10:33

Fecha Vencimiento: 3.OCT.2021

Cubre Desde: 26.AGO.2021

Hasta: 1.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL IMAT - ONCOMEDICA

Paciente: DOMICO BAILARIN JUAN STIVEN

No. Admisión: 0100567023

No. Doc.: 1067979356

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3024624305

Dirección: CALLE 24 N°2-36 CENTRO - MONTERIA

No. Poliza:

Médico: SONIA MARGARITA GARCIA DELGADO

No. Autorización: 3821303

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	333,270.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,522,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS	290,969.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,425,115.00
19	LABORATORIO CLINICO	6,500.00

Subtotal Area >>> 3,578,054.00

VALOR SERVICIOS: 3,578,054.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 3,578,054.00

TOTAL

TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CENTAVOS ****

3,578,054.00

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.

Ido:		Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo y acepto la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	FACTURACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 3-9-21 RECIBE:

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-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3821303

Fecha: 27/08/2021

Hora: 11:00

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		BAILARIN		JUAN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1067979356		2do Nombre	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin identificación		Fecha de Nacimiento 05/08/2020	
Dirección de Residencia Habitual BARRIO LA PAZ		Teléfono 3126776113		SUBSIDIO TOTAL	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio MUTATA		MODALIDAD SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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	
10A002		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-27		Hora: 11:00	
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	
Recaudo del prestador				Reclamo de liquete, bono o vale de pago ☐	
Concepto		Valor en pesos		Porcentaje (%)	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 \$		0.00 %	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
Form: 26/08/2021 CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT					

Esta orden de servicio es única e Intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 autorretenedores No estamos Exentos de retención en la fuente

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

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. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100568947

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: NO TIENE NOMENCLATURA BARRIO PIEDRA PLANA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 688

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	

29 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

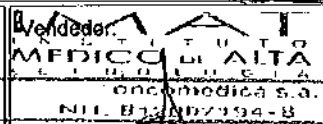
TOTAL

UN MILLON SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

1,060,000.00

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

Firma

Se hace constar que la firma distinta a la compradora supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y otorgar al contratante, control conforme la mercancía. 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

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

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH Orden de Servicios No. 688
Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968 07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 19 días
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

Prescripción		Cantidad	Unidades	SubTotal
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
905504	METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	5	212,000.00	1,060,000.00

Total Servicios: 1,060,000.00


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7654344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

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

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

Factura Electronica de Venta ONCF117767



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Admisión: 0100527820

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 1059

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 02	QUIMIOTERAPIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	154,600.00
15	MEDICAMENTOS POS	18,086,158.00
99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00
Subtotal Area >>>		16,781,858.00
Area Funcional: 07	URGENCIAS	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	193,940.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	1,818,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	813,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	146,717.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,044,026.00
19	LABORATORIO CLINICO	940,000.00
31	ECOGRAFIAS	231,700.00
Subtotal Area >>>		5,187,983.00
Area Funcional: 08	IMAGENOLOGIA	
15	MEDICAMENTOS POS	257,400.00
19	LABORATORIO CLINICO	138,900.00
Subtotal Area >>>		396,300.00
Area Funcional: 09	HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	3,613,335.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	16,251,100.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION 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
Area Funcional: 16	CIRUGIA	
01	CIRUGIAS GENERALES	216,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	26,230.00
15	MEDICAMENTOS POS	386,039.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 ONCF117767



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100527820

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Autorización: 1059

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Código	Descripción	Valor Total
19	LABORATORIO CLINICO	1,884,380.00
99	QUIMIOTERAPIA	332,600.00

Cirugía	413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
	39003	Grupo 05	115,400.00
	39003	Grupo 05	115,400.00
	39003	Grupo 05	86,500.00
	39003	Grupo 05	86,500.00
	39003	Grupo 05	86,500.00
	39103	Grupo 05	56,500.00
	39103	Grupo 05	56,500.00
	39103	Grupo 05	56,500.00
	39103	Grupo 05	75,400.00
	39103	Grupo 05	75,400.00
	39207	Grupo 05	205,700.00
	39207	Grupo 05	205,700.00
	39207	Grupo 05	102,900.00
	39207	Grupo 05	102,900.00
	39207	Grupo 05	102,900.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	63,000.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	63,000.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	63,000.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
01	CIRUGIAS GENERALES		1,887,900.00

Subtotal Area >>> 4,733,149.00

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA		245,535.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		118,800.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		10,613,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		5,493,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS		2,970,502.00
15	MEDICAMENTOS POS		3,384,672.00
19	LABORATORIO CLINICO		3,986,650.00
21	GASES MEDICINALES		274,680.00

Subtotal Area >>> 27,087,639.00

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA		196,990.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		831,600.00



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100527820

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

No. Autorización: 1059

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Código	Descripción	Valor Total
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION 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	342,900.00
31	ECOGRAFIAS	78,700.00
99	QUIMIOTERAPIA	166,300.00

Subtotal Area >>>

16,143,655.00

Area Funcional: 73

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	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

Subtotal Area >>>

1,077,443.00

Area Funcional: 74

HOSPITALIZACION PISO 3 T1

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

14	MATERIALES E INSUMOS	50,000.00
15	MEDICAMENTOS POS	5,400.00

Subtotal Area >>>

55,400.00

VALOR SERVICIOS:	146,339,967.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	146,339,967.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

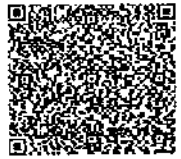
Cód. Habilitación: 230010094901

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 Electrónica de Venta ONCF117767



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Código ERP:

No. Admisión: 0100527820

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Autorización: 1059

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

CIENTO CUARENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS

146,339,967.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma digital es la propia de la persona que está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y/o cancelar la misma, según corresponda a la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 03-09-21

RECIBE: [Firma]

Firma

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-4b86-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
17/03/2021
11:55:28 a. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

1059

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 2 meses y 15 días

Administradora: EPSID3 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

ESTANCIAS			
06	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	526,400.00
		Total Servicios:	526,400.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Profesional



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

Fecha Orden
14/09/2021
11:10:12 a. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 1056

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 2 meses y 15 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit B17001773-3 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		
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
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
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	6
992505	POLIQUEMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	3

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 ONCF117993

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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código ERP:

Paciente: DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA

No. Admisión: 0100528261

No. Doc.: 1038929456

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 323 434 5247

Dirección: VEREDA PEGADO - ANTIOQUIA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

Médico: DANIELA DE JESUS SIERRA BARRETO

No. Autorización: 1068

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	07 URGENCIAS	

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

507,400.00

Subtotal Area >>>

507,400.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

471,140.00

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

2,029,600.00

14 MATERIALES E INSUMOS

358,841.00

15 MEDICAMENTOS POS

270,166.00

19 LABORATORIO CLINICO

1,123,100.00

31 ECOGRAFIAS

153,000.00

Subtotal Area >>>

4,405,847.00

Area Funcional: 15 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

19 LABORATORIO CLINICO

80,500.00

Subtotal Area >>>

80,500.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

01 CIRUGIAS GENERALES

36,000.00

14 MATERIALES E INSUMOS

253,946.00

19 LABORATORIO CLINICO

1,454,580.00

Cirugía 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

Valor Servicio Qx

39003 Grupo 05

115,400.00

39103 Grupo 05

75,400.00

39207 Grupo 05

205,700.00

39302 GRUPOS 04 - 05 - 06

84,100.00

01 CIRUGIAS GENERALES

480,600.00

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

Valor Servicio Qx

39000 Grupo 02

57,700.00

39100 Grupo 02

41,100.00

39204 Grupo 02

95,300.00

39301 GRUPOS 02 - 03

44,900.00

01 CIRUGIAS GENERALES

239,000.00

Subtotal Area >>>

2,464,126.00



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 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 ONCF117993



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

Fecha Generación: 4.SEP.2021 12:08
Fecha Validación: 4.SEP.2021 12:07
Fecha Vencimiento: 4.OCT.2021

Cubre Desde: 27.MAR.2021
Hasta: 6.ABR.2021

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA
No. Doc.: 1038929456 Tipo Doc.: RC
Dirección: VEREDA PEGADO - ANTIOQUIA - ANTIOQUIA
Médico: DANIELA DE JESUS SIERRA BARRETO

Teléfono: 323 434 5247

No. Admisión: 0100528261

No. Poliza:
No. Autorización: 1088

Código	Descripción	Valor Total
	VALOR SERVICIOS:	7,457,873.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	7,457,873.00

TOTAL

SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON CERO
CENTAVOS

7,457,873.00

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:
Firma

Se hace constar que la firma digital en el computador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse a su cumplimiento. Acepto esta factura.
NIT: 901418364-1

FECHA: 08-09-21

RECIBE: [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: 900390126-8 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
26/03/2021
12:40:45 p. m.

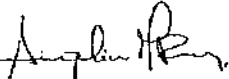
Usuario: RC 1038929456 DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

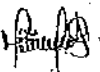
Orden de Servicios No. 1068
06/04/2014 Edad: 7 años, 7 meses y 28 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

06 ESTANCIAS
10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quién Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Encargado



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

Fecha 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 N° 4-50 239968

06/04/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE I N° 4-50 Telefono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898103 ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA +
SUTURA)

1

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

860102 BIOPSIA ESCISIONAL DE PIEL - TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON
SUTURA).

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma F. Ende



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

Fecha Orden
29/03/2021
12:37:09 p. m.

Usuario: RC 1038929456 DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 1067

06/04/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 28 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA +

898004 ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) +
(MIELOGRAMA) +

898106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma P. F. F. F.



Oncomédica S.A.

NIT: 812007184

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CARDIOLOGIA

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 ONCF118491



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

Fecha Generación: 6.SEP.2021 9:54

Fecha Validación: 6.SEP.2021 9:55

Fecha Vencimiento: 6.OCT.2021

Cubre Desde: 20.AGO.2021

Hasta: 20.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA

No. Admisión: 0100570701

No. Doc.: 35005199

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 304 551 5729

Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES

No. Poliza:

No. Autorización: 264

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

405,900.00

Subtotal 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

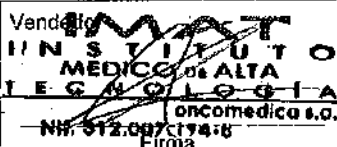
CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

405,900.00

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:

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura

FACTURACIÓN UT SUMEICOL

NIT. 901418364-1

FECHA:

29-9-21

RECIBE:

[Firma]

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337406 del 04/12/2019 al 04/12/2021. Vigencia 24 meses, Perfil ONCF del consecutivo ONCF1 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT. 900390126-6 Software: TPFKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-3cd191661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	264	Fecha:	20/04/2021	Hora	05:00:29 p. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03		NIT: 817003166

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UT SUMEICOL				
Código		Dirección	CALLE 42 N° 10A - 36 B/ LAURELES	Teléfono:	3137764435
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ARBOLETES	

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
SILGADO	BARON	MARIA	CELMIRA

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	350055199	1/04/1952	69 AÑOS 0 MESES 19 DIAS

Dirección de residencia Habitual	VEREDA GALILEA COMUNA 2	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ARBOLETES
----------------------------------	-------------------------	--------------	-----------	-----------	-----------

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	Especialidad
881232	1	ECOCARDIOGRAMA MODO MY BIDIMENSIONAL	IMÁGENES

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	20/04/2021	Hora	05:00:29 p. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
	☐ Cuota moderadora			
	☒ Copago			
	☐ cuota de recuperación			
	☐ otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN	Telefono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	3107362145
Observaciones :			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE			
Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [[Validez 90 días]]

Cindy KRP
Firma del Paciente
1017777037



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CARDIOLOGIA

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 ONCF118496



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

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. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA

No. Doc.: 35005189

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 304 551 5729

No. Admisión: 0100570712

Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES

Médico: 0

No. Poliza:

No. Autorización: 581

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

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 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:

Vendedor:

IMAT
INSTITUTO
MEDICO DE ALTA
TECNOLOGIA
oncomedica s.a.
Nit. 812.007.194-6

Se hace constar que la facturación es por cuenta propia y que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar a cumplimiento. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

29-9-21

RECIBE:

[Firma]

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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	581	Fecha:	13/07/2021	Hora	08:15:41 a. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03		Nit: 817003166

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UT SUMEICOL				
Código					
Departamento	ANTIOQUIA	Dirección	CALLE 42 N° 10A-36 B/ LAURELES	Teléfono:	3137764435
		Municipio	ARBOLETES		

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
SILGADO	BARON	MARIA	GELMIRA

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	35005199	1/04/1952	69 AÑOS 3 MESE 12 DIAS

Dirección de residencia Habitual	VIGALILEA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ARBOLETES
----------------------------------	-----------	--------------	-----------	-----------	-----------

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	Especialidad
896101	1	MONITOREO DE PRESION ALTERIAL SISTEMICA	IMÁGENES

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	13/07/2021	Hora	08:15:41 a. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (topy) en pesos
	☐ Cuota moderadora			
	☒ Copago			
	☐ cuota de recuperación			
	☐ otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN	Telefono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	3107362145
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE			
Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [(Validez 90 días)]

Cindy KRP
Firma del Paciente
1077177037



Oncomédica S.A.

NIT: 812007184

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094001

CARDIOLOGIA

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 ONCF118502

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 6.SEP.2021 10:09
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 6.SEP.2021 10:10
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 6.OCT.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 19.AGO.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 19.AGO.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable:	

Paciente: SILGADO BARON MARIA CELMIRA	No. Admisión: 0100570717
No. Doc.: 35005199	Tipo Doc.: CC
Dirección: VEREDA GALILEA - ARBOLETES	Teléfono: 304 551 5729
Médico: 0	No. Poliza:
	No. Autorización: 581

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 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 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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma del cliente el comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y pagar el presente. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	 NIT. 812.007.184-8	FACTURACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 29-9-21 RECIBE: [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-b720-6cdf9f861767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	581	Fecha:	13/07/2021	Hora	08:17:43 a. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03	NIT: 817003166	

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UT SUMEICOL				
Código					
Departamento	ANTIOQUIA	Dirección	CALLE 42 N° 10A-36 B/ LAURELES	Teléfono:	3137764435
		Municipio	ARBOLETES		

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
SILGADO	BARON	MARIA	CELMIRA

Tipo De identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	35005199	1/04/1952	69 AÑOS 3 MESE 12 DIAS
Dirección de residencia Habitual	V/GALILEA	Departamento	ANTIOQUIA
		Municipio	ARBOLETES

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	Especialidad
895001	1	ELCTROCARDIOGRAFIA DINAMICA	IMAGENES

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	13/07/2021	Hora	08:17:43 a. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐ Cuota moderadora			
☒ Copago			
☐ cuota de recuperación			
☐ otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN	Telefono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	3107362145
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [(Validez 90 días)]

Firma del Paciente

seindy KRP
se
1077777037



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7654344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. 6 de 19/01/2020

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

CONSULTA EXTERNA



Factura Electronica de Venta ONCF118787

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:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Fecha Generación: 6.SEP.2021 17:16

Fecha Validación: 6.SEP.2021 17:16

Fecha Vencimiento: 6.OCT.2021

Cubre Desde: 1.JUL.2021

Hasta: 12.JUL.2021

Responsable:

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Admisión: 0100554007

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

No. Poliza:

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional: 08	IMÁGENOLOGÍA	
29	LABORATORIO CLINICO NO PBS	212,000.00
Subtotal Área >>>		212,000.00
Área Funcional: 68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
29	LABORATORIO CLINICO NO PBS	424,000.00
Subtotal Área >>>		424,000.00
Área Funcional: 69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
29	LABORATORIO CLINICO NO PBS	424,000.00
Subtotal Área >>>		424,000.00
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		
MILLON SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS		1,060,000.00

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.

Afiliado:

Vendedor:



Nit. 812.007.194-8 oncomedica

Firma

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador sujeta que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante de acuerdo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1
08-09-21
RECIBO

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 800390126-6 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 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 autoretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF120274



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.alcapsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 10.SEP.2021 10:49

Fecha Validación: 10.SEP.2021 10:50

Fecha Vencimiento: 10.OCT.2021

Cubre Desde: 9.AGO.2021

Hasta: 10.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100566896

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: T1

Teléfono: 3117047996

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza:

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

No. Autorización: 852

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	01 CONSULTA EXTERNA	
14	MATERIALES E INSUMOS	21,330.00
Subtotal Area >>>		21,330.00
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	4,031.00
15	MEDICAMENTOS POS	38,040.00
Subtotal Area >>>		42,071.00
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	156,370.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	253,700.00
14	MATERIALES E INSUMOS	50,000.00
15	MEDICAMENTOS POS	15,140.00
19	LABORATORIO CLINICO	249,000.00
Subtotal Area >>>		724,210.00
Area Funcional:	72 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
Subtotal Area >>>		47,200.00
VALOR SERVICIOS:		834,811.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		834,811.00

CUFE:3e3272e60b8acac59db4c9fd4cedbb6e26a09884fb263886b6be66c74e6e58e4bb131a3f5159ba5efb624d0c1158d477



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 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 ONCF120274



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

Fecha Generación: 10.SEP.2021 10:49
Fecha Validación: 10.SEP.2021 10:50
Fecha Vencimiento: 10.OCT.2021
Cubre Desde: 9.AGO.2021
Hasta: 10.AGO.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH No. Admisión: 0100566896
No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: T1 Teléfono: 3117047996
Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE No. Poliza:
Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ No. Autorización: 852

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

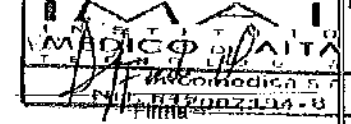
OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 834,811.00

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.

Afiliado:

Firma

Vendedor:



Se hace constar que la firma distinta al comprador, suplen a dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contrato. Recibir conforme la factura. Acepto esta factura

FACTURACION SUMEICOL
NIT. 901418364-1
21.09.2021
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-b720-6cd19f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha de Emisión:
10/08/2007
13:23:49

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50, 239960

07/08/2007 Edad: 14 años, 0 meses y 3 días

Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono: 239960

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

05 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Quién Realizó

Firma Paciente

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3796932

Fecha: 10/08/2021

Hora: 9:00

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 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento	CÓRDOBA	23 Municipio
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		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 Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	Edad	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	07/08/2007	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Fecha de Nacimiento	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	EL BAGRE
Teléfono Celular	Correo Electrónico	250	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias	Cant. 1		
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
10A001	1	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-08-10

Hora: 9:00

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	
Recaudo del prestador		Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (límite) en pesos
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago	0.00 €	0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 09/08/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007104
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 ONCF120510



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

Fecha Generación: 10.SEP.2021 16:02
Fecha Validación: 10.SEP.2021 16:06
Fecha Vencimiento: 10.OCT.2021

Cubre Desde: 28.JUL.2021
Hasta: 9.AGO.2021

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICO IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO
Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

No. Admisión: 0100555745

Teléfono: 3205342149

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 PROCEDIMIENTOS 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 PISO 2 T1

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	512,770.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION 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 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL 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 Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	2,632,000.00
15	MEDICAMENTOS POS	68,782.00



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

Fecha Generación: 10.SEP.2021 16:02

Fecha Validación: 10.SEP.2021 16:06

Fecha Vencimiento: 10.OCT.2021

Cubre Desde: 28.JUL.2021

Hasta: 9.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICO IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100555745

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

No. Autorización: 690

Código	Descripción	Valor Total
19	LABORATORIO CLINICO	200,400.00

Subtotal Area >>>

2,901,182.00

VALOR SERVICIOS:

15,837,057.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

15,837,057.00

TOTAL

QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

15,837,057.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma del titular o representante supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

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-b720-6cd9f661767

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

Hora: 08:51

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 624-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de identificación				1039654124	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin identificación		☐ No Documento de identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin identificación		19/06/2014	
				Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		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	
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
10A001		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-05		Hora: 08:51	
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	
Recaudo del prestador				Reclamo de liquete, bono o vale de pago	
Concepto		Valor en pesos		Porcentaje (%)	
☐ Cuota Moderadora		0.00 €		0.00 €	
☒ Copago					
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
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					

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3794135

Fecha: 09/08/2021

Hora: 14:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS103	
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		Municipio MONTERIA	
Correo: ultimeicol.aicepsl2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1039654124		2do Nombre	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		19/06/2014	
		Fecha de Nacimiento		SUBSIDIO TOTAL	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				MAYOR SUBSIDIO	
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio MURINDO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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 Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-09		Hora: 14:00	
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 ticket, bono o vale de pago 1					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 €	
☒ Copago				0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN		Teléfono Celular:			
FOM 09/08/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3797254

Fecha: 10/08/2021

Hora: 10:12:18

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.aicepsl2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1039654124		Edad	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento 19/06/2014	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO		Teléfono		SUBSIDIO TOTAL	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio MURINDO		MONEDARIO SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		1/5	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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 Especialidad					
890402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-10		Hora: 10:12:18	
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 ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro		0.00 €	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO		Teléfono Celular:			
FOM 28/07/2021 VALIDA PARA					
106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

Fecha Orden
26/07/2021
11:20:38 AM

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 690

Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, Ingreso y 7 días

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	
033101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	1
	VALOR 318.000	
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	1
	SOAT -35 %	
992505	POLIQIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	1
	SOAT -35 %	

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
26/07/2021
11:00:38 AM

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 690

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/08/2014 Edad: 7 años, 7 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)
VALOR 318.000

1

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL
SOAT -35 %

1

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +
SOAT -35 %

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

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 autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente.

Factura Electronica de Venta ONCF124368



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

Fecha Generación: 22.SEP.2021 14:38

Fecha Validación: 22.SEP.2021 14:39

Fecha Vencimiento: 22.OCT.2021

Cubre Desde: 17.AGO.2021

Hasta: 22.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100567153

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

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional:	01	CONSULTA EXTERNA	
-----------------	----	------------------	--

14	MATERIALES E INSUMOS	
----	----------------------	--

71,330.00

Subtotal Area >>>

71,330.00

Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA	
-----------------	----	---------------	--

14	MATERIALES E INSUMOS	
----	----------------------	--

14,796.00

15	MEDICAMENTOS POS	
----	------------------	--

1,435,855.00

99	QUIMIOTERAPIA	
----	---------------	--

541,100.00

Subtotal Area >>>

1,991,751.00

Area Funcional:	07	URGENCIAS	
-----------------	----	-----------	--

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	
----	---------------------------	--

47,200.00

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
----	---	--

37,570.00

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	
----	--	--

162,600.00

19	LABORATORIO CLINICO	
----	---------------------	--

208,900.00

Subtotal Area >>>

456,270.00

Area Funcional:	16	CIRUGIA	
-----------------	----	---------	--

01	CIRUGIAS GENERALES	
----	--------------------	--

36,000.00

Subtotal Area >>>

36,000.00

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
-----------------	----	--------------------------	--

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	
----	--	--

2,105,600.00

14	MATERIALES E INSUMOS	
----	----------------------	--

260,184.00

15	MEDICAMENTOS POS	
----	------------------	--

459,598.00

19	LABORATORIO CLINICO	
----	---------------------	--

161,400.00

Subtotal Area >>>

2,986,782.00

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
-----------------	----	--------------------------------------	--

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
----	---	--

39,600.00

19	LABORATORIO CLINICO	
----	---------------------	--

163,200.00

Subtotal Area >>>

202,800.00



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
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 autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF124368



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

Fecha Generación: 22.SEP.2021 14:38
Fecha Validación: 22.SEP.2021 14:39
Fecha Vencimiento: 22.OCT.2021

Cubre Desde: 17.AGO.2021
Hasta: 22.AGO.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH
No. Doc.: 1040499859 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3117047996
Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Admisión: 0100567153
No. Poliza:
No. Autorización: 3807578

Código	Descripción	Valor Total
	VALOR SERVICIOS:	5,744,933.00
	VALOR COPAGOS:	0.00
	VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
	VALOR DESCUENTO:	0.00
	VALOR TOTAL FACTURA:	5,744,933.00

TOTAL
CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS 5,744,933.00

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: Firma	Se hace constar que la firma distinta al proveedor supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante/Receptor a forma la mercancía. 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: 900390726-8 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:05103a8be825f317af1e3b279a0c491962a07e647923a6bfca95df97650b2452c5c47f1fa2ed7d9b952a40873940e1d



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3807578

Fecha: 18/08/2021

Hora: 15:12:05

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435 Departamento	CORDOBA	280000000 Municipio
			MONTERIA 001000000
Correo:	utsumelcol.icepsi2020@gmail.com 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 Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		MODALIDAD SUBSIDIO	
Departamento	ANTIOQUIA	050000000 Municipio	EL BAGRE 250000000
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
☐ Urgencias	Cama 00
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad Descripción Especialidad
390402	1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-18	Hora: 15:12
-------------------------------	-------------------	-------------

PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %		100	
Días de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización		0	
Reclamo de ticket, 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			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FORM 18/08/2021 VALIDA PARA
10A004 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 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

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435 Departamento	CORDOBA	281 Municipio
			MONTERIA 081
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		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 Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		MODALIDAD SUBSIDIO	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	EL BAGRE
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias		Cama	
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
390402	1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-24	Hora: 12:57
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 ticket, 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			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

FORM 24/08/2021 ONCOMEDICA S.A.	
VALIDA PARA 106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICA	

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 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

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

Factura Electronica de Venta ONCF124371



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42°10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 22.SEP.2021 14:44

Fecha Validación: 22.SEP.2021 14:45

Fecha Vencimiento: 22.OCT.2021

Cubre Desde: 20.AGO.2021

Hasta: 21.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100574374

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 0687

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	

29 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

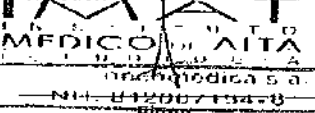
UN MILLON SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

1,060,000.00

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:

Vendedor:



Firma

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador, supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir conforme a mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION SUMEICOL
NIT: 901418364-1
FECHA: 22/09/2021
HORA: 14:45
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 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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. 687

Dir y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad : 13 años, 11 meses y 19 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

Descripción

Cantidad

Valor Unitario

Sub Total

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
905504 METOTREXANO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

5

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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. 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

Fecha Generación: 24.SEP.2021 9:03

Fecha Validación: 24.SEP.2021 9:04

Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021

Cubre Desde: 7.SEP.2021

Hasta: 14.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100571169

Paciente: ARROYO OLEA SANTIAGO

No. Doc.: 1039106552

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3218972275

No. Poliza:

No. Autorización: 1326

Dirección: BARRIO EL CARITO CALLE PRINCIPAL - NECOCLI

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Código Descripción Valor Total

Area Funcional: 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
14	MATERIALES E INSUMOS	415,229.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,002,906.00

Subtotal Area >>> 2,583,420.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

Cirugia	389101C	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	Valor Servicio Qx
	S23202	DE 41 HASTA 50 UVR	83,408.00
	S41101	ESPECIALISTAS DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS O GINECOOBSTÉTRICAS	95,250.00
	S41201	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA	72,000.00
	S55104	DE 41 HASTA 50 UVR	67,958.00
01	CIRUGIAS GENERALES		318,616.00

Subtotal Area >>> 318,616.00

Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,579,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS	674,606.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,030,167.00
19	LABORATORIO CLINICO	139,400.00
21	GASES MEDICINALES	254,100.00

Subtotal Area >>> 3,759,318.00

Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	526,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	78,674.00
19	LABORATORIO CLINICO	153,450.00
21	GASES MEDICINALES	83,622.00

Subtotal Area >>> 842,146.00

VALOR SERVICIOS:	7,503,500.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	7,503,500.00



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. 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: utsumecol.alcepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 24.SEP.2021 9:03
Fecha Validación: 24.SEP.2021 9:04
Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021

Cubre Desde: 7.SEP.2021
Hasta: 14.SEP.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ARROYO OLEA SANTIAGO No. Admisión: 0100571169
No. Doc.: 1039106552 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3218972275
Dirección: BARRIO EL CARITO CALLE PRINCIPAL - NECOCLI No. Poliza:
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 1326

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		
SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 7,503,500.00		7,503,500.00

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 es la de que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	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 N° 900390126 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
RECIBE: 24-09-21
FECHA: 24-09-21



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

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

Usuario: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIAGO

Orden de Servicios No. 1326

y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

22/06/2021 Edad: 0 años, 2 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

ESTANCIAS

SM01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIANZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
09/09/2021
12:09:38 p. m.

Paciente: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIAGO
Calle y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Orden de Servicios No. 1120

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

22/06/2021 Edad: 0 años, 2 meses y 17 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio: ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED: IMAT Teléfono: 7854344



PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
92101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL +

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA,
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
15/09/2021
05:57:43 p. m.

Paciente: RC 1039106552 ARROYO OLEA SANTIAGO

Orden de Servicios No. 1175

Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

22/06/2021 Edad: 0 años, 21 meses y 23 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

ESTANCIAS

06M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3843290

Fecha: 09/09/2021

Hora: 12:02:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Número	
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Telefono 3137764435 Departamento		CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
DATOS DEL PACIENTE					
ROYO		OLEA		SANTIAGO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1039106552		2do Nombre	
Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación		Edad	
Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación		22/08/2021		SUBSIDIO TOTAL	
Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Sección de Residencia Habitual CORREGIMIENTO VILLA SONIA					
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio NECOCLI	
Telefono Celular		Correo Electrónico		Telefono 3106164302	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 10					
Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Codigo CUPS Cantidad Descripción		Especialidad			
0402 1		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-09-09 Hora: 12:02					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100					
Cuentas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago ☐					
Caudal del prestador Concepto		Valor en pesos		Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 \$		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Telefono			
ANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO		Telefono Celular:			
VIGENTE 07/09/2021 VALIDA PARA					
9101 1 Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3853282

Fecha: 15/09/2021

Hora: 13:29

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Número	
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Telefono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumicol.alcepsl2020@gmail.com Contrato: 524-2021					
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
ROYO		OLEA		SANTIAGO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Documento de Identificación		1039108552		2do Nombre	
Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Extranjería ☐		No Documento de Identificación		Edad	
Tarjeta de Identidad ☐ Adulto Sin Identificación ☐		22/06/2021		SUBSIDIO TOTAL	
Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación ☐		Fecha de Nacimiento		MONEDAS SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual CORREGIMIENTO VILLA SONIA					
Departamento ANTIOQUIA		Municipio NECOCLI		Telefono 3106164302	
Telefono Celular		Correo Electrónico		490	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 1					
Urgencias					
Anejo Integral Según Guía de:					
Codigo CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
3402 1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-09-15 Hora: 16:23					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100					
Monto de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0					
Reclamo de ticket, bono o vale de pago ☐					
Cauda del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☐ Copago		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro		0.00 \$	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Telefono			
ANA CAROLINA PAZ GERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO		Telefono Celular:			
VIGENCIA: 15/09/2021 VALIDA PARA 6M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007184

CR 8ª # 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 ONCF124851



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

Fecha Generación: 24.SEP.2021 10:31

Fecha Validación: 24.SEP.2021 10:35

Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021

Cubre Desde: 10.SEP.2021

Hasta: 13.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO DOMICO JESUS ELIAS

No. Admisión: 0100572080

No. Doc.: 1038825194

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3104949432

Dirección: COMUNIDAD INDIGENA SAMINDO - CHIGORODO

No. Poliza:

Médico: JOHN FREDY PEREZ BOHORQUEZ

No. Autorización: 1164

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	483,070.00
14	MATERIALES E INSUMOS	125,255.00
15	MEDICAMENTOS POS	109,623.00
19	LABORATORIO CLINICO	165,000.00

Subtotal Area >>> 882,948.00

Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	238,466.00
15	MEDICAMENTOS POS	212,779.00
19	LABORATORIO CLINICO	498,738.00
21	GASES MEDICINALES	150,262.00

Subtotal Area >>> 2,153,045.00

Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	526,400.00
21	GASES MEDICINALES	272,916.00

Subtotal Area >>> 799,316.00

VALOR SERVICIOS:	3,835,309.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	3,835,309.00

CUFE:572574bd9f879c6fe872b4acaf49b96a3eeb12372588e59cbb84d460e4bdd13568ab10e482fb4f5a8856760f8795dae61



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. 6 de 13/01/2020

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

Factura Electronica de Venta ONCF124851



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

Fecha Generación: 24.SEP.2021 10:31

Fecha Validación: 24.SEP.2021 10:35

Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021

Cubre Desde: 10.SEP.2021

Hasta: 13.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO DOMICO JESUS ELIAS

No. Admisión: 0100572080

No. Doc.: 1038825194

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3104949432

Dirección: COMUNIDAD INDIGENA SAMINDO - CHIGORODO

No. Poliza:

No. Autorización: 1164

Médico: JOHN FREDY PEREZ BOHORQUEZ

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

3,835,309.00

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 bienes a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador, pone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.

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: 900300126-8 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1
RECIBIDO
29-9-21

CUFE: 572574bd9f979c6fe872b4acaf49b96a3eeb12372568e59cb84d460e4bdd13568ab10e482fb4f5a8866760f8795dae61

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

Fecha Orden
13/09/2021
11:05 a. m.

Usuario: RC 1038825194 DOMICO DOMICO JESUS ELIAS

Orden de Servicios No. 1164

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

04/12/2018 Edad: 2 años, 9 meses y 10 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

107M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Por



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

Fecha Orden
12/09/2021
23:37 a. m.

Usuario: RC 1038825194 DOMICO DOMICO JESUS ELIAS

Orden de Servicios No. 1151

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

04/12/2018 Edad: 2 años, 7 meses y 9 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

05 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Po

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3049751

Fecha: 14/09/2021

Hora: 14:04

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☒ 901418361	
Código 9014183641	Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento CORDOBA	23 Municipio MONTERIA
Correo: utsumelcol.incepsi2020@gmail.com	Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA CAPACIDAD

DATOS DEL PACIENTE			
PRIMER APELLIDO	DOMICILIO	JESUS	ELIAS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038825194	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	04/12/2018	SUBSIDIO TOTAL
Dirección de Residencia Habitual CHIGORODO		Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Departamento ANTIOQUIA	05	Municipio CHIGORODO	
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio HOSPITALIZACION	Cama
☐ Urgencias			
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
07M01	1	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-14	Hora: 9:2	
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 ticket, bono o vale de pago	
Seguro del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	Teléfono		
DIANA CAROLINA PAZ CERON			
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:		

DOM 13/09/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3846001

Fecha: 12/09/2021

Hora: 15:59

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS103
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☒ 901418364		
Código 9014183641	C.C. ☐ Número		
Dirección del Prestador - CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137784435	Departamento	CORDOBA	23
	Municipio	MONTERIA	001
Correo: utsumalcol.aicepsl2020@gmail.com Contrato: 524-2021			
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
PRIMICO	DOMICO	JESUS	ELIAS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038825194	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		No Documento de Identificación
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación		04/12/2010
Dirección de Residencia Habitual		Fecha de Nacimiento	
CHIGORODO		MODALIDAD SUBSIDIO	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio CHIGORODO
Teléfono Celular	Correo Electrónico	1/2	

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias			Cama
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
R90402	1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-09-12	Hora:	
-----------------------------	---	--------	------------	-------	--

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Reclamo de fiquete, bono o vale de pago
☐ Cuota Moderadora			Porcentaje (%)
☒ Copago		0.00 \$	Valor Máximo (100%) en pesos
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
MIRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:

ORDEN VALIDA PARA	
OGM01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	11/09/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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

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

CARDIOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF124947

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	Fecha Generación: 24.SEP.2021 14:20 Fecha Validación: 24.SEP.2021 14:20 Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021 Cubre Desde: 30.AGO.2021 Hasta: 30.AGO.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro Responsable:

Paciente: MARTINEZ PITALUA CARLOS ANDRES No. Doc.: 1037485798 Dirección: -- SAN JUAN DE URABA Médico: 0	Tipo Doc.: TI Teléfono: 314 756 4237 No. Poliza: No. Autorización: 43759
--	---

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
Subtotal 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

CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * **** * **** * **** *	405,900.00
--	------------

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: Firma	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura. FACTURACIÓN UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 04-11-21 Firma
------------------------	------------------------	--

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2019 al 04/12/2024 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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	43759	Fecha:	19/07/2021	09:27:57 a. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EPS-I			NIT: 817003166
INFORMACION DEL PRESTADOR				
Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			
Código	Dirección	CALLE 42 # 10 A - 35 B/LAURELES	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN	
DATOS DEL PACIENTE				
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2	
MARTINEZ	PITALUA	CARLOS	ANDRES	
Tipo De Identificación:				
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1037465798	14/10/1998	22 AÑOS 9 MESES 5 DIAS	
Dirección de residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio
SAN JUAN DE URABA				
SERVICIOS AUTORIZADOS:				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama	
☐ Urgencias				
Manejo Integral según guía de:				
881202	Cantidad	Descripción	Especialidad	
	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	IMAGEN	
Numero de solicitud de origen: 1 Fecha: 19/07/2021 Hora: 09:27:57 a. m.				
PAGOS COMPARTIDOS				
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			
INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA				
Nombre de quien autoriza	ARMANDO ESPITIA M			Teléfono
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO			8212086
Observaciones:	hijo de shayra vanessa luna berrio			
INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE				
Nombre de quien autoriza				Teléfono
Cargo o actividad				Teléfono celular
Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada sujeto auditoria medica [(Validez 90 días)]				
Firma del Paciente				

CARLOS MARTINEZ
137 405 798



Oncomedica S.A.

NIT: 812007184

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010084901

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 ONCF124953

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 24.SEP.2021 14:26
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 24.SEP.2021 14:27
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 30.AGO.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 30.AGO.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable:	

Paciente: MONTOYA CONDE LIAM	No. Admisión: 0100568065
No. Doc.: 1038146328	No. Poliza:
Tipo Doc.: RC	No. Autorización: MED3506896
Dirección: CALLE 1 SUR N° 11 - 46 - CAUCASIA	
Médico: 0	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	12 CARDIOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00

Subtotal 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

CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS 405,900.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo y confirma la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	 Firma	FACTURACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 24-11-21 RECIBE: 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-4b86-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION

MED 3508896

Fecha: 24/05/2021

05:18:26 p.m.

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC
Código 9014183641	Dirección del Prestador: CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento CORDOBA	Municipio MOH
Correo: utsumicol.alcepsi2020@gmail.com	Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD

DATOS DEL PACIENTE		
CONDE	PATERNINA	PAULINA

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre
		1038099337
Tipo Documento de Identificación		No Documento de Identificación
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	02/08/2004
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual	CAMELLO
Departamento	ANTIOQUIA
Teléfono Celular	Correo Electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☒ Consulta Externa	☐ Hospitalización
☐ Urgencias	

Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
881202	1 ECOCARDIOGRAMA TRANSORACICO

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	20	Fecha:	2021 05 01
-----------------------------	----	--------	------------

PAGOS COMPARTIDOS	
Porcentaje del valor 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
Recaudo del prestador	Concepto
☐ Cuota Moderadora	Valor en pesos
☒ Copago	\$ 0.00
☐ Cuota de Recuperación	Porcentaje (%)
☐ Otro	\$ 0.00

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
CAROLINA LONDOÑO LOPEZ	
Cargo o actividad: ATENCION AL COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM. 09/04/2021 AUTORIZACIÓN VALIDA PARA HIJO DE PAULINA CONDE PATERNINA	
--	--

Noemí González
Firma del Paciente
de 39288897
Abuela.

Esta orden 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

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.

CARDIOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF124956

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

Fecha Generación: 24.SEP.2021 14:31
Fecha Validación: 24.SEP.2021 14:33
Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: BAILARIN CARUPIA JAIPONOI

No. Doc.: 1148944404

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 313 736 7390

No. Admisión: 0100573578

Dirección: - - MURINDO

Médico: 0

No. Poliza:

No. Autorización: MED3511889

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00

Subtotal 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

CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS 405,900.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda con el contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FECHA: 4-11-21

RECIBE: [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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 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.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE

BAILARIN	CARUPIA	JAIPONOI	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1148944404	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	15/07/2010	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	MURINDO	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio
			MURINDO 475
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización		
☒ Consulta Externa	☐ Hospitalización	Servicio
☐ Urgencias		Cama
Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad
Código CUPS	Cantidad	Descripción
881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSORACICO

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	9	Fecha:	2021-05-07	Hora:	17:27
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 ticket, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		\$ 0.00	\$ 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: 07/05/2021 SE RENUEVA AUTORIZACION 3506158 POR VENCIMIENTO

Enrique Buitrago
cc: 3532225
papa.

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CARDIOLOGIA

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

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

Factura Electronica de Venta ONCF124963



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 24.SEP.2021 14:38
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 24.SEP.2021 14:39
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 24.OCT.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 16.SEP.2021
E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Hasta: 16.SEP.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable:	

Paciente: VERGARA PAEZ LUIS DAVID	No. Admisión: 0100573861
No. Doc.: 1037487328 Tipo Doc.: RC	No. Poliza:
Dirección: -- SAN JUAN DE URABA	No. Autorización: 43560
Médico: 0	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 12	CARDIOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
Subtotal 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	
CUATROCIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS	405,900.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador su nombre y que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y que la factura es válida y que la mercancía, Acepto esta factura.
Firma		FECHA: 24-09-21 RECIBE:

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

124963



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	43660	Fecha:	18/06/2021	Hora	12:02:56 p.m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I	CODIGO EPSI03	NI: 817003166		

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				
Código		Dirección	CALLE 42 # 10 A - 36 B/LAURELES	Teléfono:	8297878
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN		

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
VERGARA	PAEZ	LUIS	DAVID

Tipo De identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
REGISTRO CIVIL	1037487328	23/11/2019	1 AÑOS 6 MESES 26 DIAS

Dirección de residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN DE URABA
----------------------------------	-------------------	--------------	-----------	-----------	-------------------

SERVICIOS AUTORIZADOS:

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama
☐ Urgencias			

Manejo integral según guía de:

881202	Cantidad	Descripción	Especialidad
	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	imagen

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	18/06/2021	Hora	12:02:56 p.m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	---------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	ARMANDO ESPITIA M	Teléfono:	8212086
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Teléfono celular	
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE			
Nombre de quien autoriza		Teléfono:	
Cargo o actividad		Teléfono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [[Validez 90 días]]

AM2PAEZ Angulo
Firma del Paciente
1037487328

15/09/21

H: 9:15

LAAT CRA 6N 42 34 Monterio al lado

15/09/21 9:15

1747

Ente de Salud



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 ONCF126203



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

Fecha Generación: 30.SEP.2021 17:46
Fecha Validación: 1.OCT.2021 10:07
Fecha Vencimiento: 30.OCT.2021

Cubre Desde: 25.JUL.2021
Hasta: 17.AGO.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PEREZ BORJAS SALOMED ELVIRA No. Admisión: 0100554870
No. Doc.: 1176464948 Tipo Doc.: RC Teléfono: 3103581923
Dirección: MZ 08 CASA 5 BARRIO TIERRA PROMETIDA - VALLEDUPAR
Médico: CESAR AUGUSTO OYAGA MONTERO No. Poliza:
No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	

19	LABORATORIO CLINICO	636,400.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>> 636,400.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

14	MATERIALES E INSUMOS	289,992.00
15	MEDICAMENTOS POS	610,680.00
19	LABORATORIO CLINICO	585,500.00

Subtotal Area >>> 1,486,172.00

Area Funcional: 15 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00
----	---------------------------	-----------

Subtotal Area >>> 81,845.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

01	CIRUGIAS GENERALES	187,448.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,027,445.00
15	MEDICAMENTOS POS	350,512.00

Cirugia	219102C	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Valor Servicio Qx
	39010	Grupo 12	222,929.00
	39010	Grupo 12	334,394.00
	39110	Grupo 12	129,919.00
	39110	Grupo 12	194,878.00
	39123	Grupo 12	60,871.00
	39123	Grupo 12	91,306.00
	39214	Grupo 12	357,391.00
01	CIRUGIAS GENERALES		1,391,688.00

Cirugia	219108C	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSIÓN INTRACRANEANA	Valor Servicio Qx
	39012	Grupo especial 20	288,797.00
	39012	Grupo especial 20	577,595.00
	39112	Grupo especial 20	168,645.00
	39112	Grupo especial 20	337,290.00
	39125	Grupo especial 20	78,815.00
	39125	Grupo especial 20	157,629.00
	39216	Grupo especial 20	790,871.00
01	CIRUGIAS GENERALES		2,399,642.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6* # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACIÓN 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 ONCF126203

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

Fecha Generación: 30.SEP.2021 17:46

Fecha Validación: 1.OCT.2021 10:07

Fecha Vencimiento: 30.OCT.2021

Cubre Desde: 25.JUL.2021

Hasta: 17.AGO.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PEREZ BORJAS SALOMED ELVIRA

No. Admisión: 0100554870

No. Doc.: 1176464948

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3103581923

Dirección: MZ 08 CASA 5 BARRIO TIERRA PROMETIDA - VALLEDUPAR

No. Poliza:

Médico: CESAR AUGUSTO OYAGA MONTERO

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Cirugía	224205C	SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Valor Servicio Qx
	39012	Grupo especial 20	288,797.00
	39112	Grupo especial 20	168,645.00
	39125	Grupo especial 20	78,615.00
01	CIRUGIAS GENERALES		536,257.00

Cirugía	226305C	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Valor Servicio Qx
	39007	Grupo 09	144,909.00
	39007	Grupo 09	217,364.00
	39107	Grupo 09	82,903.00
	39107	Grupo 09	124,354.00
	39120	Grupo 09	39,634.00
	39120	Grupo 09	59,451.00
	39211	Grupo 09	239,623.00
01	CIRUGIAS GENERALES		908,238.00

Subtotal Area >>>	6,801,230.00
-----------------------------------	---------------------

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
		ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA		575,935.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		476,400.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD		13,773,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS		5,547,843.00
15	MEDICAMENTOS POS		6,683,947.00
19	LABORATORIO CLINICO		980,200.00
21	GASES MEDICINALES		1,796,760.00
31	ECOGRAFIAS		92,700.00

Subtotal Area >>>	29,927,085.00
-----------------------------------	----------------------

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
		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

Subtotal Area >>>	4,454,931.00
-----------------------------------	---------------------

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 <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

PSC

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

Asunto: 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

Fecha: Thu, 5 Aug 2021 16:05:57 -0500

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

SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, AIC <autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>,

Para: SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, AUDITORIA <auditoria@utsumeicol.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

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

Asunto: 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

Fecha: Thu, 5 Aug 2021 15:59:30 -0500

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

Responder a: autorizaciones3@imatoncomedica.com

SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, AIC <autorizacion@utsumeicol.com>, AIC 4 <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>,

Para: SUMEICO AUDITORIA AIC <concurrenciaaicmonteria@gmail.com>, SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, AUDITORIA

Señores:

SUMEICOL EPS

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo N° 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 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 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 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 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

603 KB



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF128107



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

Fecha Generación: 9.OCT.2021 8:16

Fecha Validación: 9.OCT.2021 8:16

Fecha Vencimiento: 8.NOV.2021

Cubre Desde: 8.OCT.2021

Hasta: 8.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: MARTINEZ ZAPATA MARIA EUGENIA

No. Doc.: 39286379

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3127825245

Consecutivo: 0102026717

Dirección: PEDRO BALDIVIA - CAUCASIA

Médico: CARLOS ALBERTO VALLEJO BERTEL

No. Poliza:

No. Autorización: 1452

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	01 CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

60,000.00

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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la persona que firma esta factura está autorizada para firmar y recibir, con lo que se declara responsable de la deuda y obligación de pago de la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FECHA:

RECIBE:

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 3

NUMERO DE SOLICITUD 194699 Fecha: 2020-11-20 Hora: 10:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)
Nombre CLINICA PAJONAL S.A.S.
Código 051540381701 Dirección prestador Diagonal 20 C N 12-68
Teléfono 8149100 Departamento ANTIOQUIA Municipio CAUCASIA
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS.
INDIGENA
MARTINEZ ZAPATA DATOS DEL PACIENTE
1er Apellido 2do Apellido MARIA
1er Nombre EUGENIA
2do Nombre

Tipo de Documento de Identificación
☐ Registro civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación
☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de extranjería
Número de documento de identificación 39286379

Dirección de Residencia Habitual: crra 22 cil 30 Fecha de Nacimiento 1983-09-08
Departamento ANTIOQUIA Municipio CAUCASIA
Teléfono Celular 3127825245 Correo electrónico
Teléfono 3127825245

Cobertura en Salud
☐ Régimen Contributivo ☐ Régimen Subsidado - parcial
☒ Régimen Subsidado - total ☐ Población pobre no asegurada con SISBEN ☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN
☐ Desplazado ☐ Plan adicional de salud
☐ Otro

Origen de la atención
☒ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrófico
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Tránsito
Tipo de servicios solicitados
☐ Posterior a la atención inicial de urgencias
☐ Servicios electivos
Prioridad de la atención
☐ Prioritaria
☐ No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:
☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización
☐ Urgencias
Servicio Cama

Manejo integral según guía de:
Código CUPS Cantidad Descripción
18902371 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA

Justificación Clínica:
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RESECCION DE TUMOR DESMOIDE RETROPERITONEAL. LE REALIZARON RESECCION DE MASA EN 2005 Y TRATAMIENTO CON TAMOXIFENO, CON INVOLUCION DOCUMENTADA CON RESONANCIA. CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL DE PREDOMINIO DERECHO. LE REALIZAN TAC QUE EVIDENCIA AUMENTO DE DENSIDAD RODEANDO VASOS MESENTERICOS, ADENOPATIAS CALCIFICADAS. AL EF: PACIENTE EN BUENA CONDICION GENERAL. ABD: BLANDO - LEVEMENTE DOLOROSO EN FLANCO DERECHO

PACIENTE QUE REQUIERE CITA POR ONCOLOGIA CLINICA.

Impresión Diagnóstica:
Diagnóstico principal Código CIE10 Descripción
D483 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL RETROPERITONEO
Diagnóstico relacionado 1
Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA
Nombre de que solicita: HERNANDEZ URIBE CESAR ANIBAL
Teléfono Indicativo Número Extensión

R.M: 5261-91

Cargo o actividad: CIRUGIA GENERAL

Teléfono celular:



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

URGENCIAS



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 ONCF128296

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:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PAJARO ASCENDRA ALICE SOFIA

No. Doc.: 1037487977

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3218602706

Dirección: CALLE 13 CRA 21 N°13-21 BARRIO BIQUINGO - SAN JUAN DE URABA

Médico: JORGE HERNAN HOYOS VERBEL

No. Admisión: 0100574723

No. Poliza:

No. Autorización: 3858032

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	07 URGENCIAS	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	212,470.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	650,400.00
19	LABORATORIO CLINICO	337,700.00
31	ECOGRAFIAS	231,700.00
Subtotal Area >>>		1,479,470.00
VALOR SERVICIOS:		1,479,470.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		1,479,470.00

TOTAL

UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS CON CERO CENTAVOS

1,479,470.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma de esta factura es la de una persona que está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

IMPRESION MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA
NIT. 812007194-0 oncomedica s.a

FECHA: 4-11-21

RECIBE: [Firma]

Firma

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-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE: e4c91e922e685a2914195ab16c6d969ac5d60fe725d8a29e30671ae10e552dd1cad5251aafab2a9fe3840b4b4bb75ce0



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 DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C C	☐ Número
Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento	CORDOBA	23	Municipio MONTERIA 001
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
PAJARO		ASCENDRA		ALICE	SOFIA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación					
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				1037487977	
				01/03/2021	SUBSIDIO TOTAL
				Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual BARRIO BIKINGO				Teléfono 3133447268	
Departamento ANTIOQUIA		05	Municipio SAN JUAN DE URABA	059	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa		☒ Hospitalización		Servicio HOSPITALIZACION	
☐ Urgencias				Cama	
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad	Descripción		Especialidad
890402		1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-09-18		Hora: 23:01	
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 ticket, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago			0.00 €	0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA		Teléfono Celular:			
FOM 18/09/2021 ONCOMEDICA S.A. VALIDA PARA INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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 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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO BAILARIN HIJO DE

No. Admisión: 0100556635

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	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	
19	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
14	MATERIALES E INSUMOS	315,678.00
15	MEDICAMENTOS POS	779,440.00
19	LABORATORIO CLINICO	775,540.00
Subtotal Area >>>		6,807,613.00
Area Funcional:	16 CIRUGIA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
Cirugia	389101C 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 GENERALES	186,900.00
Cirugia	413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
39003	Grupo 05	266,200.00
39103	Grupo 05	174,000.00
39207	Grupo 05	474,700.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	194,000.00
01	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 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 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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO BAILARIN HIJO DE

No. Admisión: 0100556635

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	Valor Total
21	GASES MEDICINALES	1,044,120.00
31	ECOGRAFIAS	225,000.00

Subtotal Area >>>

16,805,362.00

VALOR SERVICIOS:

25,341,075.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

25,341,075.00

TOTAL

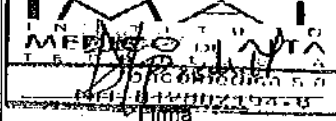
VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

25,341,075.00

La presente factura electrónica de 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:

Vendedor:



Firma

Se hace constar que el cliente o el representante de la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse al pago de la factura conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

RECIBE:

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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3792820

Fecha: 08/08/2021

Hora: 13:57:35

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		C C	☐ Número
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Telefono 3137764435	Departamento	CORDOBA	Municipio
		23	MONTERIA
Correo: utsumeicol.aicepsl2020@gmail.com	Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	

DATOS DEL PACIENTE			
MICO		BAILARIN	
HIJO DE			
Ter Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Documento de Identificación		162117876	
Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	05/08/2020	SUBSIDIO TOTAL
Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Lugar de Residencia Habitual BARRIO LA PAZ		Teléfono 3126776113	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MUTATA
Telefono Celular	Correo Electrónico	486	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Evaluación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
Urgencias	Cama
Tratamiento Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad Descripción Especialidad
402	1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-08	Hora: 13:57
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %		100	
Días de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización		0	
Reclamo del prestador		Reclamo de ticket, 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			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
RENA MUELAS PECHENE	
Código actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

M: 08/08/2021 ONCOMEDICA S.A.	
LIDA PARA INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3806830

Fecha: 18/08/2021

Hora: 10:34:17

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☒	901418364	
	CC ☐	Número	
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435 Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Correo: utsumeicol.ai@cepsl2020@gmail.com 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
Documento de Identificación		162117876	
Registro Civil ☐	Pasaporte ☐	Cédula de Extranjería ☐	No Documento de Identificación
Tarjeta de Identidad ☐	Adulto Sin Identificación ☐	Edad	
Cédula de Ciudadanía ☐	Menor Sin Identificación ☐	05/08/2020	SUBSIDIO TOTAL
Lugar de Residencia Habitual BARRIO LA PAZ		Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MUTATA
Teléfono Celular	Correo Electrónico	Teléfono 3126776113	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Evaluación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa ☒	Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
Urgencias	Cama
Atención Integral Según Guía de:	
Código CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-08-18	Hora: 10:34	
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %		100	
Monto de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización		0	
Audito del prestador	Concepto	Valor en pesos	Reclamo de ticket, bono o vale de pago ☐
☐	Cuota Moderadora		Porcentaje (%)
☒	Copago	0.00 €	Valor Máximo (Tope) en pesos
☐	Cuota de Recuperación		
☐	Otro		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
ANICIA ELENA GONZALEZ MOÑA	
Ocupación o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Celular:

M 18/08/2021 ORDEN VALIDA PARA: HIJO DE DOMICO BAILARIN	
---	--

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1

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

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

Solicitud : 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) :

TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código :

SOLICITANTE

Emisión : 0100556635 Fecha de nacimiento : 05/08/2020

Nombre : HIJO DE DOMICO BAILARIN

Documento : CN Número : 162117876

Dirección : BARRIO LA PAZ-

Teléfono: 3126776113

(23) CORDOBA

Ciudad: (001) MONTERIA

Zona : U.

Afiliación: NV Localidad :

Motivo de la atención : ENFERMEDAD GENERAL Ubicación : UCI PEDIATRICA

U.CI 4 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención Inicial de Prioridad Atención : NV

CUPS	Cantidad	Descripción servicio
1	1	Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción
1	1	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA
6	1	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA

Atención clínica VER ORDEN MEDICA

Principal : A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Relacionado 1 :

Relacionado 2 :

Relacionado 3 :

Asesor : NBOLANOC

Asistente : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 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 Escordia <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, SUMEICO AUDITORIA AIC <conurrenciaaicmonteria@gmail.com>

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

Asunto: ANEXO 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 <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, Autorizaciones epsi AIC <autorizacionessrcr@alcsalud.org.co>

Señores:

UNION TEMPORAL SUMEICOL

Cordial Saludo.

De manera atenta adjunto el anexo N° 3 e historia clínica 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 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 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 regularan 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 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 considerará 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 anejará 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.

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 Médicas
+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: —

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

Solicitud : 3 Fecha : 08/08/2021 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) :

TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código :

SOLICITANTE

Emisión : 0100556635 Fecha de nacimiento : 05/08/2020

Nombre : HIJO DE DOMICO BAILARIN

Documento : CN Número : 162117876

Dirección : BARRIO LA PAZ Teléfono: 3128776113

(23) CORDOBA

Ciudad: (001) MONTERIA

Zona : U

Afiliación: NV Localidad :

Objeto de la atención : ENFERMEDAD GENERAL Ubicación : UCI PEDIATRICA

Unidad : UCI 4 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención Inicial de Prioridad Atención : NV

CUPS	Cantidad	Descripción servicio
1	5	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
11	2	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Descripción clínica : SE SOLICITA AUTORIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL 01 AL 05 DE AGOSTO + CUIDADOS INTERMEDIOS DEL 06 - 07 DE AGOSTO.

Diagnóstico principal : A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Relacionado 1 :

Relacionado 2 :

Relacionado 3 :

Asesor : BESCOBARR

Asesor : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 7854344

Celular : 3205439470

wd: Fwd: Fwd: ANEXO 3 - HIJO DE DOMICO BAILARIN [...]

Asunto: Fwd: 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: 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 Escorcía <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 Escorcía <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

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

----- 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 <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: Autorizaciones AIC <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>

III ENVIO

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

Asunto: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, 8 Aug 2021 11:12:01 -0500

De:Juan Guillermo Berrio Guzman <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para:Autorizaciones AIC <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>

Señores:

AIC - UT SUMEICOL IPS-

Cordial Saludo.

De manera atenta, adjunto anexo N° 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 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 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 periodo 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

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	43,9 KB
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



Oncomedica S.A.

NIT: 812007184

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 autoretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF129366



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 13.OCT.2021 16:30	
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 13.OCT.2021 16:31	
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.alcepsi2020@gmail.com			Hasta: 12.SEP.2021	
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	
Código ERP:				
Pacientes: ROMERO SERPA KAREN LICETH			No. Admisión: 0100570832	
No. Doc.: 1040499859		Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3117047996	
Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE			No. Poliza:	
Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES			No. Autorización: 3844222	
Código	Descripción	Valor Total		
Area Funcional: 02 QUIMIOTERAPIA				
14	MATERIALES E INSUMOS	13,010.00		
15	MEDICAMENTOS POS	1,378,255.00		
99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00		
			Subtotal Area >>>	1,932,365.00
Area Funcional: 07 URGENCIAS				
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00		
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	77,170.00		
14	MATERIALES E INSUMOS	10,665.00		
19	LABORATORIO CLINICO	202,200.00		
			Subtotal Area >>>	371,880.00
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1				
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	507,400.00		
14	MATERIALES E INSUMOS	50,000.00		
15	MEDICAMENTOS POS	35,210.00		
19	LABORATORIO CLINICO	127,500.00		
			Subtotal Area >>>	720,110.00
Area Funcional: 16 CIRUGIA				
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00		
			Subtotal Area >>>	81,845.00
Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2				
01	CIRUGIAS GENERALES	3,293,380.00		
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00		
14	MATERIALES E INSUMOS	435,177.00		
15	MEDICAMENTOS POS	409,179.00		
19	LABORATORIO CLINICO	204,800.00		
			Subtotal Area >>>	5,395,336.00
Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2				
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	237,600.00		
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00		
19	LABORATORIO CLINICO	204,800.00		

CLIFF:q247ff6a3fa57ea7907ae94adf6e1cba71473f661c1470b5dff30a1dbb0a154b4df139cd9351bea605c4a92714b608c



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3511608

Fecha: 27/08/2021

Hora: 12:24:16

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 901418364		Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764436		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ultsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499359		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		07/03/2007		SURSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		250	
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	
992505		1		POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
992502		1		TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-08-20		Hora: 12:24	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 €	
☒ Copago				0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
EIDA ANDRADE					
Cargo o actividad:		Teléfono Celular:			
FOM 20/08/2021 SE AUTORIZA; MEDICAMENTOS PBS PARA EL DIAGNOSTICO + APLICACION					

Yoelink Serpa
Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO AUTORIZACION MED

3511607

Fecha: 27/08/2021

Hora: 12:27:32

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CÓDIGO	EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT ☒	901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC ☐	Número
Código 9014183641	Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137764435	Departamento CORDOBA	23	Municipio MONTERIA 001
Correo: ulsumeicol.alcepsl2020@gmail.com		Contrato: 524-2021	
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
DATOS DEL PACIENTE			
ROMERO	SERPA	KAREN	LIGETH
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1040498859	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA	05	Municipio EL BAGRE	250
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	Especialidad
033101	1	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 2		Fecha: 2021-08-20	Hora: 12:27
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 liqueto, bono o vale de pago ☐			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 €	0.00 €
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	Teléfono		
EIDA ANDRADE			
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:		
FOM 20/08/2021			

Yosanis Serpa
Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3844222

Fecha: 08/09/2021

Hora: 18:53:16

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS:03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 000000000-0	
Nombre PRESTADOR NO CONTRATADO A NIVEL NACIONAL				C.C. ☐ Número	
Código 000000000000 Dirección del Prestador NACIONAL COLOMBIA					
Teléfono		Departamento CAUCA		Municipio POPAYAN	
Correo:		Contrato: 208-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD_H	
DATOS DEL PACIENTE					
MENZA		VALENCIA		JHORCHS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		1062303097	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
		☐ Menor Sin Identificación		12/05/1992	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual EL AGUILA				Teléfono	
Departamento CAUCA		Municipio SANTANDER		398	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama					
☐ Urgencias					
Atención Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
10A001		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-09-09		Hora: 18:53	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recargo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				Porcentaje (%)	
☒ Copago				Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
FOM 09/09/2021 VALIDO PARA EL PRESTADOR ONCOMEDICA S.A. UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

Fecha Orden
13/09/2021
09:08:40 a. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICEIH

Orden de Servicios No. 1162

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 14 años, 1 meses y 7 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

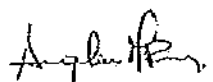
Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RAZA

Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3849237

Fecha: 13/09/2021

Hora: 21:15:03

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418304
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC	☐ Número
Código	9014183041 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435 Departamento	CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo:	utsumicol.atcpsi2020@gmail.com Contrato: 824-2021 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		104049859	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	LA SARDINA	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05 Municipio	EL BAGRE 250
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama
☐ Urgencias	

Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad Descripción Especialidad
800402	1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-09-13	Hora:	21:16
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Reclamo de (liquide, bono o vale de pago) ☐
	☐ Cuota Moderadora		Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos
	☒ Copago	0.00 \$	0.00 \$
	☐ Cuota de Recuperación		
	☐ Otro		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

FOM 13/09/2021 ONCOMEDICA S.A.
VALIDA PARA INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



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

Fecha Orden
09/09/2021
10:51:09 a. m.

Usucato: CC 1062303697 MENZA VALENCIA JHORCHS HUMBI

Orden de Servicios No. 1131

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

10/09/2021 Edad: 0 años, 0 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

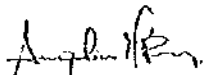
Prostador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

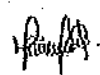
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7054344

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF129376



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

Fecha Generación: 13.OCT.2021 16:42

Fecha Validación: 13.OCT.2021 16:43

Fecha Vencimiento: 12.NOV.2021

Cubre Desde: 10.SEP.2021

Hasta: 11.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100581661

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 46099768

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	

29 LABORATORIO CLINICO NO PBS

400,000.00

Subtotal Area >>>

400,000.00

Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

29 LABORATORIO CLINICO NO PBS

600,000.00

Subtotal Area >>>

600,000.00

VALOR SERVICIOS:	1,000,000.00
------------------	--------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

VALOR TOTAL FACTURA:	1,000,000.00
----------------------	--------------

TOTAL

UN MILLON DE PESOS CON CERO CENTAVOS ****	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.

Afiliado:

Firma



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador, SumEICOL, tiene persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la entrega de la mercancía, según conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 25-10-21

RECIBE: [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

Trazabilidad de la Prescripción

2021-09-06

Nro. Prescripción

20210906120030017655

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Prestador de Servicios en Salud:
ONCOMEDICA S.A.

Documento de Identificación:
812007194

Código de Habilitación:
230010094901

Dirección:
KIRA 6 # 72-34

Teléfono:
7854344

Departamento:
CORDOBA

Municipio:
MONTERIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:
ROMERO SERPA KAREN LICETH

Documento de Identificación:
TI 1040499859

Ámbito Atención:
Hospitalario - Internación

Diagnóstico Principal:
C910-Leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Número Historia Clínica:
1040499859

Usuario Régimen:

PROFESIONAL TRATANTE

Nombre:
JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

Documento de Identificación:
CC 33378491

Registro Profesional:
09508

DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

Tecnología o Servicio Prescrito:
905504-METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Tipo de Tecnología:
Procedimiento

Cantidad Prescrita:
5

No. Prescripción:
20210906120030017655

Fecha de Prescripción:
2021-09-06

Asegurador Prescripción Inicial:
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

INFORMACIÓN REPORTES

Entrega Hospitalaria

Reporte Entrega

No Entrega: 1
Id: 63758391
Id, Entrega: 48051003
Tecnología Entregada: 905504
Entrega Total: SI
Cantidad Entregada: 5
Fecha de Entrega: 2021-09-11
Dispensado por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

Id : 63758391
Id Reporte Entrega: 46099768
Valor Entrega: \$ 1000000
Entrega Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

Reporte Factura

Id : 30610350
Id Facturación: 32815590
Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

No. Factura: e08b8976d10a495384e7d1b63850a077b05bda0883fc0d79cf1b6909212944eba4648f492081fa8c4d09b77f9cee11
Valor Facturado: 1000000
Cuota 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

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

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

Factura Electronica de Venta ONCF131557



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.acepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 20.OCT.2021 16:58

Fecha Validación: 20.OCT.2021 16:59

Fecha Vencimiento: 19.NOV.2021

Cubre Desde: 11.OCT.2021

Hasta: 11.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Admisión: 0100582677

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

No. Autorización: 103

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

16 MEDICAMENTOS NO POS

5,633,555.00

Subtotal Area >>>

5,633,555.00

VALOR SERVICIOS:

5,633,555.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

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 CENTAVOS

5,633,555.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, con lo que se declara responsable de la conformidad de la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

RECIBE:

Firma

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



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 42 # 10A36-3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
16/09/2021
10:07:35a.m.

Usuario: R.C 1039854124 WILLER JUMI SAPIA

Orden de Servicios No. 103

Dirección y Teléfono: CALLE 1 Nº 4-50 239968

FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2014

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
[PEGASPARGASA] 750UI/ML./OTRAS SOLUCIONES	1 VIAL	5.443.050	5.443.050

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGELL

Firma Realizó

Firma Paciente



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 20.OCT.2021 17:36

Fecha Validación: 20.OCT.2021 17:36

Fecha Vencimiento: 19.NOV.2021

Cubre Desde: 1.OCT.2021

Hasta: 14.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100578633

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

No. Autorización: 1725

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA

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 Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	587,026.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	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

VALOR SERVICIOS:	11,696,163.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	11,696,163.00

TOTAL

ONCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS ****

11,696,163.00

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:	Vendedor:	Si hace constar que la factura es una copia, se debe a dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar a su titularidad. Recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	FECHA: 20-10-21 RECIBE:

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

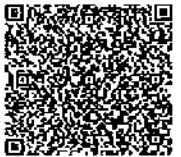


Oncomédica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

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

Factura Electronica de Venta ONCF131596



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

Fecha Generación: 20.OCT.2021 17:36

Fecha Validación: 20.OCT.2021 17:36

Fecha Vencimiento: 19.NOV.2021

Cubre Desde: 1.OCT.2021

Hasta: 14.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Admisión: 0100578633

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 1725

Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA

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 Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	587,026.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	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

VALOR SERVICIOS:	11,696,163.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	11,696,163.00

TOTAL

ONCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS ****

11,696,163.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a cumplir con la obligación. Acepto esta factura.
Firma		FACTURACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 20-10-21 RECIBE:

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: TFIKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
14/10/2021
10:11:29

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 1730

Dlr y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 3 meses y 29 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
-------------	----------	----------------	-------------

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
05/10/2021
12:13:34 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 1528

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 3 meses y 17 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
-------------	--	----------	----------------	-------------

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

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
8/10/2021
10:52:01

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 1739

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 3 meses y 29 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción

Cantidad Valor Unitario Total

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3809303

Fecha: 08/10/2021

Hora: 17:43:53

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 901418384 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsimalcol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 624-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		1039854124	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
		☐ Menor Sin Identificación		19/08/2014	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio MURINDO		475	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 10					
☐ Urgencias					
Atención Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-08		Hora: 17:43	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
		☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	
		☒ Copago		0.00 \$	
		☐ Cuota de Recuperación			
		☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 08/10/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3699125

Fecha: 14/10/2021

Hora: 18:47:15

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPS03

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

NIT ☒ 901418364

Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

C.C. ☐ Número

Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES

Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23 Municipio MONTERIA 001

Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.com 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

1038854124

☒ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

No Documento de Identificación

Edad

☐ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

19/08/2014

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 AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☐ Consulta Externa

☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION

Cama

☐ Urgencias

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

Especialidad

10A001

1

INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-10-14

Hora: 18:47

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 liqueto, bono o vale de pago

☐

Recaudo de prestador

Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA

Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN

Teléfono Celular:

FOM 14/10/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3901096

Fecha: 16/10/2021

Hora: 12:08:57

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435	Departamento	CORDOBA
	23	Municipio	MONTERIA
			001
Correo: ulsumelcol.alcepsl2020@gmail.co		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		1038654124	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	19/08/2014	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	Edad
			SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		MURINDO		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio	MURINDO	475
Teléfono Celular	Correo Electrónico				

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio
☐ Urgencias	HOSPITALIZACION
Cama	
20	

Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad	
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
992502	1	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	
033101	1	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	
992505	1	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-10-16	Hora:	12:08
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	0.00 %
☒ 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:

FOM 15/10/2021

Firma del Paciente

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

Página a 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 42 # 10A36-3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
16/09/2021
10:07:35 a.m.

Usuario: R.C 1038654124 WILLER JUMI SAPIA

Orden de Servicios No. 103

Dirección: CALLE 1 Nº 4-50 239968

FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/2014

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

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

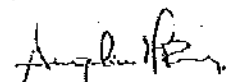
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

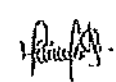
Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
[PEGASPARGASA] 750UI/IML / OTRAS SOLUCIONES	1 VIAL	5,443.050	5,443.050

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARCE
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL EPS

Paciente: MAJORE BAILARIN DIANA MARIA

No. Admisión: 0100581008

No. Doc.: 1193438010

Tipo Doc.: CC

Teléfono: NO TIENE

Dirección: COMUNIDAD INDIGENA ISLA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 3889608

Médico: CARLOS ANDRES LOPEZ ROJAS

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	15	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1
15	MEDICAMENTOS POS	1,375.00
Subtotal Area >>>		1,375.00
Area Funcional:	72	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	163,690.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,714,800.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION 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
Subtotal Area >>>		4,798,684.00
VALOR SERVICIOS:		4,800,059.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		4,800,059.00

TOTAL

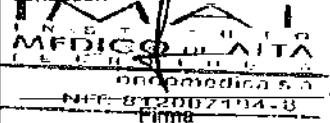
CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

4,800,059.00

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:

Vendedor:



Firma

Se hace constar que el representante de la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar a la persona a pagar conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 27-10-21

RECIBE: [Firma]

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C C ☐ Número	
Código 9014183041 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumelcol.alceps12020@gmail.com		Control: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
MAJORE		BAILARIN		DIANA MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1103438010		Edad	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		17/08/1990	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio MURINDO		475	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS 883101		Cantidad 1		Descripción RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-11		Hora: 20:07	
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 liquete, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
		Valor en pesos		Porcentaje (%)	
		Valor Máximo (Tope) en pesos			
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$		0.00 \$	
☒ Copago					
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
FOM 11/10/2021					
+MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3869608

Fecha: 08/10/2021

Hora: 11:32:01

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 001418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		C.C.	☐ Número
Código	9014183041 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137704435	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
Correo:	uisimeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021		
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
MAJORE	BAILARIN	DIANA	MARIA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1193438010	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	17/09/1999	SUBSIDIO TOTAL
Fecha de Nacimiento			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		MURINDO	Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MURINDO
Teléfono Celular	Correo Electrónico		475

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
☐ Urgencias	Cama
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
107M01	1 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-09	Hora: 11:32
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %		100	
Semáforo de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización		0	
Reclamo de liquidez, bono o vale de pago		☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA			
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN		Teléfono Celular:	

FOM 09/10/2021

Firma del Paciente

Esta orden de servicio es única e intransferible
Solo válida en la IPS autorizada
SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 30 DIAS>>

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NII: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

17/08/1999 Edad: 22 años, 1 meses y 26 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

NII B17001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

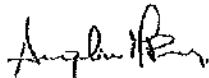
Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

	Descripción	Cantidad	Valorado	Subtotal
--	-------------	----------	----------	----------

06	ESTANCIAS			
1071A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	1		

Total Servicios:



ANGELICA MARTINEZ BIAZZA
Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL
Financiera Realizó

Financiera Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 autorrelatados No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF134694

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

Fecha Generación: 27.OCT.2021 17:59

Fecha Validación: 27.OCT.2021 18:03

Fecha Vencimiento: 28.NOV.2021

Cubre Desde: 28.SEP.2021

Hasta: 2.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100577322

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 3877466

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional:	02	QUIMIOTERAPIA
-----------------	----	---------------

15	MEDICAMENTOS POS	172,800.00
----	------------------	------------

Subtotal Area >>>	172,800.00
-------------------	------------

Area Funcional:	07	URGENCIAS
-----------------	----	-----------

14	MATERIALES E INSUMOS	139,516.00
----	----------------------	------------

15	MEDICAMENTOS POS	8,930.00
----	------------------	----------

19	LABORATORIO CLINICO	203,700.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>>	352,146.00
-------------------	------------

Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION PISO 2 T1
-----------------	----	---------------------------

15	MEDICAMENTOS POS	1,263,055.00
----	------------------	--------------

Subtotal Area >>>	1,263,055.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2
-----------------	----	--------------------------

01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
----	--------------------	------------

14	MATERIALES E INSUMOS	369,294.00
----	----------------------	------------

15	MEDICAMENTOS POS	681,931.00
----	------------------	------------

19	LABORATORIO CLINICO	384,800.00
----	---------------------	------------

Subtotal Area >>>	1,754,025.00
-------------------	--------------

Area Funcional:	69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2
-----------------	----	--------------------------------------

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	158,400.00
----	---	------------

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	2,105,600.00
----	--	--------------

14	MATERIALES E INSUMOS	67,577.00
----	----------------------	-----------

15	MEDICAMENTOS POS	164,842.00
----	------------------	------------

19	LABORATORIO CLINICO	53,800.00
----	---------------------	-----------

99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00
----	---------------	------------

Subtotal Area >>>	3,091,319.00
-------------------	--------------

VALOR SERVICIOS:	6,633,345.00
------------------	--------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

VALOR TOTAL FACTURA:	6,633,345.00
----------------------	--------------



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

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 autorretenedores No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF134694



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

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. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100577322

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047986

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - EL BAGRE

No. Poliza:

No. Autorización: 3877466

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

Código

Descripción

Valor Total

TOTAL

SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS

6,633,345.00

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 los servicios a entera satisfacción.

Afilado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

RECIBE:

Firma

Firma

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: 900390126-5 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b68-b720-8cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3877466

Fecha: 02/10/2021

Hora: 13:58:00

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 901418364		Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764436		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		LICETH	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		260	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Especialidad					
Código CUPS Cantidad Descripción					
10A001 1 INTERIACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
Fecha: 2021-10-02 Hora: 13:59					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudio del prestador Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
☐ Cuota Moderadora 0.00 \$ 0.00 \$					
☒ Copago					
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza					
LORENA MUELAS PECHENE					
Teléfono					
Teléfono Celular:					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA					
FOM 09/09/2021 SE ENVIA ORDEN EXTEMPORANEA EN DU MOMENTO NO ESTABA CARGADO EL PRESTATDOOR V/B DOC MANUEL MOMPOTES					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



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

2/10/2021
10:56:53

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 1741

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 10 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMITCOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
29/09/2021
17:16:18

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 1531

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

07/08/2007 Edad: 14 años, 1 meses y 29 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Finca Realizó

Finca Paciente



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

12/10/2021
9:34:53 a. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 1631
7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 5 días
NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



NII: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 2 meses y 5 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Código		Descripción		Cantidad		Valor Unitario		Valor Total	
04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS								
033101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)			1		318.000,00		318.000,00	

Total Servicios: 318.000,00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3892260

Fecha: 11/10/2021

Hora: 20:10:46

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901416384	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Número	
Código 901416384 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ultsumicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				1040499859	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				07/08/2007	
				Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		250	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa		☒ Hospitalización		Servicio HOSPITALIZACION	
☐ Urgencias				Cama	
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
992502		1		TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
Fecha: 2021-10-11					
Hora: 20:10					
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 \$	
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
FOM 11/10/2021					
+PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 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 <asistentegcmuci01@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 <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El lun, 11 de oct. de 2021 a la(s) 16:10, NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Señores:

SUMEICOL IPS

Cordial Saludo,

De manera atenta adjunto el anexo N° 3 e historia clínica 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 HOJA No 3

Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para



ÁREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

FORMATO DE COTIZACIÓN

CÓDIGO:
FR-AD-GCM-009
FECHA DE APROBACIÓN
27/10/2012
VERSIÓN:
002

FECHA	11/10/2021			
CLIENTE	UT SUMEICOL	TARIFA	PROPIAS	
NOMBRE DEL PACIENTE	KAREN LICETH ROMERO SERPA	I.D.	1.040.499.859	
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VR. UNIT	VR. TOTAL
33101	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)	1	\$318.000	\$318.000
Nota: Esta cotización es solo un presupuesto su valor real se conocerá una vez realizado el procedimiento EXCLUSIONES: HOSPITALIZACIÓN EN PISO Y UCI COMPLICACIONES SANGRE EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOS POS Y NO POS MATERIALES DE ALTO COSTO ESTUDIOS PATOLÓGICO HALLAZGOS QUIRÚRGICOS TRASLADOS EN AMBULANCIA				
SON:	TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS MONEDA LEGAL		Vr. BRUTO	\$318.000
			COOPAGO	
			PAGO	
			COMPARTIDO	
			DCTO	
			Vr. TOTAL	\$ 318.000



Coordinador de Gestión de Cuentas Médicas

Handwritten signature



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION

POP 3654267

Fecha: 28/04/2021

Hora: 4:38:56 p. m.

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumicol.alcapi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040409859		Edad	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		7/08/2007	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono			
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		250	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Quié: Especialidad					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			Especialidad
992605	1	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD			
992502	2	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL			
033101	2	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-04-28 Hora: 16:38					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100					
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 pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos					
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago \$ 0.00 \$ 0.00					
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfono		
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN			Teléfono Celular:		
FOM 28/04/2021					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3512735

Fecha: 16/09/2021

Hora: 8:34:13

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 30 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	23
	Municipio	MONTERIA	001
Correo: utsumeicol.alcapi2020@gmail.com		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		1040409859	
☐ Registro CMI	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	LA SARDINA	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio EL BAGRE
Teléfono Celular	Correo Electrónico	260	

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	Especialidad
992502	1	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRAYECAL	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	126	Fecha:	2021-09-14	Hora:	2:20
-----------------------------	-----	--------	------------	-------	------

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 ticket, bono o vale de pago				☐
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Cuota Moderadora				
☒ Copago		0.00 €	0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación				
☐ Otro				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
EIDA ANDRADE	
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:

16/09/2021 SE AUTORIZA: MEDICAMENTOS PBS + APLICACION

Firma del Paciente

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

Página 1 de 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 EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C C ☐ Número	
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumelcol.alcepsf2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				1040499059	
				07/00/2007	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		250	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☒ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
033101 1 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 126		Fecha: 2021-09-14		Hora: 9:00	
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 liquide, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
EIDA ANDRADE					
Cargo o actividad:		Teléfono Celular:			
FOM 14/09/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3813143

Fecha: 30/03/2021

Hora: 17:59:36

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	901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	7847100	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
			001
Correo: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		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 Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	07/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	EL BAGRE
			260
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización
☐ Urgencias	Servicio HOSPITALIZACION
Causa DO	

Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad
Código CUPS	Cantidad	Descripción
413101	2	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA
992605	1	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD
992602	3	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL
033101	3	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)
890106	2	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-03-30	Hora: 17:59
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 liquidez, bono o vale de pago		☐
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos
☐ Cuota Moderadora		
☒ Copago		0.00 €
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		
Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
		0.00 €

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 30/03/2021
890004 2 Medula osea

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8ª # 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 ONCF137147



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.icepsi2020@gmail.com

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

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI

No. Admisión: 0100587582

No. Doc.: 1033373707

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3145399455

No. Poliza:

Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES

No. Autorización: 3514220

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	

19 LABORATORIO CLINICO

77,100.00

Subtotal Area >>>

77,100.00

VALOR SERVICIOS:

77,100.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

77,100.00

TOTAL

SETENTA Y SIETE MIL CIEN PESOS CON CERO CENTAVOS

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma digitalizada es la de una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y aceptar el pago de la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

IMAT ONCOMEDICA
NIT 812007194-8

FECHA:

RECIBE:

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-b720-6cdf9f661787

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

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

Fecha Orden
17/10/2021
10:38:38

Usuario: CC 1033373707 BERONA CALDERON LUZ SOLEI

Orden de Servicios No. 1737

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

20/08/1992 Edad: 29 años, 1 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

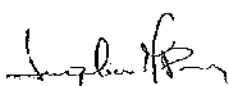
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

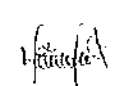
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA+	1
903801	ACIDO URICO	1
906913	PROTEINA C REACTIVA - CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION+	1
903833	FOSFATASA ALCALINA	1
902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	1

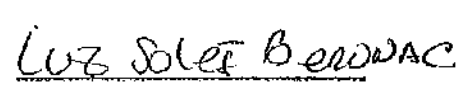
Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó


Luz Solei Beronac.

Firma Paciente

1033373707.



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION MED

3514220

Fecha: 12/10/2021

Hora: 9:57:25

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: ufsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE			
BERONA	CALDERON	LUZ	SOLEI

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1033373707	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	20/08/1992	Edad
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual ARBOLETES		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05 Municipio	ARBOLETES 051
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	Especialidad
903801	1	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
902204	1	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	
906910	1	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
903833	1	FOSFATASA ALCALINA	
908913	1	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 2	Fecha: 20/1-09-22	Hora: 13:51
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 ticket, bono o vale de pago		☐
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos
☒ Cuota Moderadora		0.00 €
☒ Copago		0.00 €
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA		
Nombre de quien autoriza	Teléfono	
EIDA ANDRADE		
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:	

FOM 22/09/2021

W.A. SOLGEI BERONA C
Firma del Paciente
/ 1033373707

Esta orden 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
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084901

HOSPITALIZACION PISO 2 T1

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

Factura Electronica de Venta ONCF138223



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mail: utsumeicol.alcepsl2020@gmail.com		Fecha Generación: 9.NOV.2021 15:18 Fecha Validación: 9.NOV.2021 15:19 Fecha Vencimiento: 9.DIC.2021 Cubre Desde: 21.OCT.2021 Hasta: 25.OCT.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205342149 No. Poliza: No. Autorización: 3909370	No. Admisión: 0100584072
---	---	--------------------------

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	237,570.00
13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,014,800.00
14 MATERIALES E INSUMOS	242,093.00
15 MEDICAMENTOS POS	1,104,868.00
19 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

DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS 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.

Afiliado: Firma	Vendedor: Firma	Se hace constar que la persona que firma esta factura es la persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al pago de la factura conforme la mercancía. Acepto esta factura. FACTURACION UT SUMEICOL NIT: 901418364-1 FECHA: 18-11-21 RECIBE: 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: TFKKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
21/10/2021
17:24:32

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No.

1979

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 20 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3909370

Fecha: 21/10/2021

Hora: 21:32:28

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 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.aicapsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tpo Documento de Identificación				2do Nombre	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		1039654124	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
		☐ Menor Sin Identificación		19/06/2014	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual		MURINDO		Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio MURINDO		476	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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 UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-21		Hora: 21:32	
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 liquete, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
Porcentaje (%)				Valor Máximo (Tope) en pesos	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
ADRIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ					
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA				Teléfono Celular:	
FOM 21/10/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

Fecha Generación: 12.NOV.2021 13:42

Fecha Validación: 12.NOV.2021 13:42

Fecha Vencimiento: 12.DIC.2021

Cubre Desde: 25.OCT.2021

Hasta: 25.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: GUEVARA PEREIRA WALDY ROSA

No. Doc.: 26025972

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3045515729

Consecutivo: 0102013979

Dirección: NO TIENE - MONTERIA

No. Poliza:

Médico: JUAN CARLOS DEGIOVANNI BEHAINE

No. Autorización: 1716

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

34,060.00

Subtotal 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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a pagar por la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1
02-12-21
FECHA: 12/12/21

Autorización Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18763002337408 del 04/12/2018 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-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Fecha Orden
17/10/2021
9:25:29

Usuario: CC 26025972 GUEVARA PEREIRA WALDY ROSA

Orden de Servicios No.

1716

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

11/02/1956 Edad: 65 años, 8 meses y 6 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Subtotal
01	CONSULTAS			
890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PALIATIVOS	1	100,000.00	100,000.00
Total Servicios:				100,000.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

25/10/2021

P.
E.
H.



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 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 ONCF139747



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.aicapsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 12.NOV.2021 17:16

Fecha Validación: 12.NOV.2021 17:17

Fecha Vencimiento: 12.DIC.2021

Cubre Desde: 26.OCT.2021

Hasta: 26.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: JIMENEZ PEREZ CRISTINA ROSA

No. Doc.: 34974480

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 239968

No. Admisión: 0100585329

Dirección: CLL 1 N.4-50 ARBOLETES ANTIOQUIA - ARBOLETES

Médico: 0

No. Poliza:

No. Autorización: 1838

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	

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

TOTAL

CIENTO TREINTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

130,000.00

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.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al pago. El comprador debe leer cuidadosamente la conformidad. Acepto esta factura.

IMAT ONCOMEDICA
NIT. 812.007 194-8

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

RECIBE:

Firma

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8ª # 72-34 ED. IMAT

7654344

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 ONCF139754



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

Fecha Generación: 12.NOV.2021 17:23

Fecha Validación: 12.NOV.2021 17:23

Fecha Vencimiento: 12.DIC.2021

Cubre Desde: 26.OCT.2021

Hasta: 26.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: LOPEZ ANAYA MARIA CLARIVEL

No. Doc.: 34998154

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3105036768

No. Admisión: 0100585624

Dirección: CLL 1 N.4-50 MONTERIA - MONTERIA

No. Poliza:

No. Autorización: 1794

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	

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

TOTAL

CIENTO TREINTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

130,000.00

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.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador es la de una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda o para cualquier otro efecto que se le haya conferido. Acepto esta factura.

Firma

IMAT ONCOMEDICA

NIT. 812-007 194-8

Firma

FECHA:

RECIBE:

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: 900390128-6 Software: TFHKA_CO900390128 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	1139	Fecha:	22/10/2021	Hora	05:51:29 p. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03	NH: 800959856-1	

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	DT SUMEICOL				
Código	CALLE 23 N° 1-57 B/CENTRO				
Departamento	ANTIOQUIA	Dirección	Teléfono: 3137761435		
ARBOLETES					

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
LOPEZ	ANAYA	MARIA	CLARIBEL

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	34998154	15/12/1990	31 AÑOS 10 MESES 7 DIAS
Dirección de residencia habitual	CANIME	Departamento	ANTIOQUIA
		Municipio	ARBOLETES

SERVICIOS AUTORIZADOS:	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización:	
☒ Consulta externa	Hospitalización
☐ Urgencias	Servicio: Cama:

Manejo integral según guía de:			
Código cups	Cantidad	Descripción	Especialidad
898201	1	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	LABORATORIO
898101	1	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	

Numero de solicitud de origen	Fecha	22/10/2021	Hora	05:51:29 p. m.
-------------------------------	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable de pago %			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje
☒ Costo moderadora			
☐ Copago			
☐ Costo de recuperación			
☐ Otro			
Valor máximo (tope) en pesos			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	MARIANO DE AGUSTIN		
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNITARIO		
Observaciones:	Telefono	3166983932	

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE			
Nombre de quien autoriza	Telefono		
Cargo o actividad	Telefono celular		

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica ([Validez 90 dias])

Julio C. Rivera

Firma del Paciente

78694895



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 13.NOV.2021 13:41

Fecha Validación: 13.NOV.2021 13:42

Fecha Vencimiento: 13.DIC.2021

Cubre Desde: 1.OCT.2021

Hasta: 11.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER

No. Admisión: 0100578501

No. Doc.: 1042733270

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 314 617 4775

Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE

No. Poliza:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización: 3877225

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 16	CIRUGIA	
Cirugia 413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
39003	Grupo 05	115,375.00
39003	Grupo 05	57,687.00
39207	Grupo 05	205,725.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,045.00
01	CIRUGIAS GENERALES	462,832.00

Subtotal Area >>> 462,832.00

Area Funcional: 68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	118,800.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	1,215,000.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	2,483,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,688,860.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,636,723.00
19	LABORATORIO CLINICO	4,199,622.00
21	GASES MEDICINALES	292,404.00
31	ECOGRAFIAS	153,000.00

Subtotal Area >>> 11,835,009.00

Area Funcional: 69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	316,800.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	5,041,100.00
14	MATERIALES E INSUMOS	519,490.00
15	MEDICAMENTOS POS	765,858.00
19	LABORATORIO CLINICO	998,400.00
21	GASES MEDICINALES	1,450,498.00

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



Factura Electronica de Venta ONCF140167

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS Identificación: NIT 901418364-1 Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA Teléfono: E-Mail: utsumeicof.aicepsi2020@gmail.com		Fecha Generación: 13.NOV.2021 13:41 Fecha Validación: 13.NOV.2021 13:42 Fecha Vencimiento: 13.DIC.2021 Cubre Desde: 1.OCT.2021 Hasta: 11.OCT.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento	Otro Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER No. Doc.: 1042733270 Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	Teléfono: 314 617 4775 No. Poliza: No. Autorización: 3877225	No. Admisión: 0100578501
--	---	---------------------------------

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL	VEINTIUN MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 21,389,987.00	21,389,987.00

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: Firma	Se hace constar que la firma del comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al proveedor. Declara contra la mercancía. Acepto esta factura. NIT: 901418364-1 FECHA: 05-11-21 RECIBE: 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:18ffdc63bd900bfff507dbcedabca5a3587b5eb0602cd129674e99eb3c20db2721f39e70450dccc33d4feca79028

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 01/10/2021

Hora: 15:18:42

NUMERO AUTORIZACION POP

3877226

CODIGO EPSI03

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT ☒ 901418364

C.C. ☐ Número

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES

Municipio MONTERIA

001

Teléfono 3137764435 Departamento

CORDOBA

23

Municipio

RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

Correo: ulsumeicolalcepsi2020@gmail.com Contrato: 524 2021

DATOS DEL PACIENTE

OTOGAMA

TUNAY

2do Apellido

WULTER

1er Nombre

2do Nombre

1042733270

Edad

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

No Documento de Identificación

☒ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

08/08/2007

SUBSIDIO TOTAL

MODALIDAD SUBSIDIO

☐ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor Sin Identificación

Fecha de Nacimiento

Teléfono

Dirección de Residencia Habitual VIGIA DEL FUERTE

05

Municipio

VIGIA DEL FUERTE

873

Departamento ANTIOQUIA

Correo Electrónico

Teléfono Celular

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

Cama

10

☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio

HOSPITALIZACION

Especialidad

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

890402

1

INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Fecha: 2021-10-01

Hora: 15:18

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

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 liquete, bono o vale de pago

☐

Recaudado del prestador

Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

DIANA CAROLINA PAZ CERON

Teléfono

Teléfono Celular:

Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO

FOM 01/10/2021 VALIDA PARA

109A01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

Esta orden de servicio es única e intransferible
Solo válida en la IPS autorizada

VERIFICAR AUTENTICIDAD EN: <<VALIDEZ DE DATOS>>

Página 1 de 1



NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 42 # 10 A 36 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

1/10/2021
16:26:33

Orden de Servicios No.

1772

Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

8/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 13 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

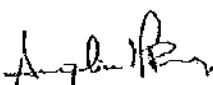
Prostador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

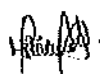
Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

Descripción

06 ESTANCIAS
109A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3882590

Fecha: 05/10/2021

Hora: 20:27:62

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901416364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Número	
Código 901416364		Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.alcapsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
OTOGAMA		TUNAY		WULTER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		2do Nombre		Edad	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual VIGIA DEL FUERTE		Teléfono		SUBSIDIO TOTAL	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio VIGIA DEL FUERTE		MODALIDAD SUBSIDIO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 00					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
903016		1		FERRITINA	
903846		1		HIERRO TOTAL	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1 Fecha: 2021-10-05 Hora: 20:27					
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 05/10/2021					
903044 1 SATURACION DE TRANSFERRINA					
903812 1 CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO (TIBC)					
903836 1 INMUNOGLOBULINA E (Ig E) TOTAL POR RIA					

Esta orden 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

3882802

Fecha: 05/10/2021

Hora: 20:37:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS103
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		C.C.	☐ Número
Código	9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 30 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137784435 Departamento	CORDOBA	23 Municipio
			MONTERIA 001
Correo:	ulsumelcol.alcaps12020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE			
OTOGAMA	TUNAY	WULTER	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1042733270	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	08/08/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		VIGIA DEL FUERTE	Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	05 Municipio	VIGIA DEL FUERTE 873
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 00
☐ Urgencias	

Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad
Código CUPS	Cantidad	Descripción
413101	1	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA
898004	1	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)
898106	1	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-10-05	Hora:	20:37
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 ticket, bono o vale de pago		☐		
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	0.00 %	
☒ Copago				
☐ Cuota de Recuperación				
☐ Otro				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 05/10/2021
898201 1 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO POR INMUNOHISTOQUIMICA 2
898103 20 REVISION CASO BIOPSIA

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3886757

Fecha: 08/10/2021

Hora: 15:25:10

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA CODIGO EPSI03

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

NIT ☒ 901418364

C.C. ☐ Número

Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES

Teléfono 3137784435 Departamento CORDOBA 23 Municipio MONTERIA 001

Correo: ulsumcol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021

RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE

OTOGAMA TUNAY WULTER

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

1042733270

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

No Documento de Identificación

Edad

☒ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

08/06/2007

SUBSIDIO TOTAL

☐ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor Sin Identificación

Fecha de Nacimiento

MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual VIGIA DEL FUERTE

Teléfono

Departamento ANTIOQUIA

05

Municipio VIGIA DEL FUERTE

873

Teléfono Celular

Correo Electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☐ Consulta Externa

☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION

Cama

☐ Urgencias

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

Especialidad

908440

1

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-10-08

Hora: 15:25

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 tarjeta, bono o vale de pago

☐

Recaudo del prestador

Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

DIANA CAROLINA PAZ CERON

Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO

Teléfono Celular:

FOM 08/10/2021

908906 1 COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA

908908 1 COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA

908417 1 Anticuerpos anti-DNA

904902 1 Tiroidea estimulante TSH

908408 1 Anticuerpos anti-RNP y SM o RO y LA

Esta autorización de servicios de salud es informática

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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 DEL CAUCA	CODIGO	EPS103
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
Correo: ulsuneicol.aicapsi2020@gmail.com		Contrato: 624-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE			
OTOGAMA	TUNAY	WULTER	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1042733270	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	08/06/2007	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	VIGIA DEL FUERTE	Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	05 Municipio
VIGIA DEL FUERTE		873

Teléfono Celular	Correo Electrónico
------------------	--------------------

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización
☐ Urgencias	Servicio
HOSPITALIZACION	
Cama	

Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad
Código CUPS	Cantidad	Descripción
890402	1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-10-07	Hora: 21:45
-------------------------------	-------------------	-------------

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 liquete, bono o vale de pago		☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	
☒ Copago			
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

FOM 07/10/2021
VÁLIDA PARA 902104 DIMERO D POR EIA

Firma del Paciente

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Octubre del 2021.
Sólo válida en la IPS autorizada
SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1



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

Fecha Orden
05/10/2021
04:35:14 p. m.

Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Orden de Servicios No. 1683

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Intervención

Consultas

Exámenes

Procedimientos

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
08/10/2021
05:26:34 p. m.

Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WALTER

Orden de Servicios No. 1587

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prostador del Servicio ONGOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7884344

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
906270	SARS CoV2 [COVID-19a ANTICUERPOS Ig G (PRUEBA RAPIDA)]	1	30,000.00	30,000.00
906271	SARS CoV2 [COVID-19a ANTICUERPOS Ig M (PRUEBA RAPIDA)]	1	30,000.00	30,000.00
903012	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]	1	40,704.00	40,704.00
903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	1	67,416.00	67,416.00
903016	FERRITINA+	1 ✓	63,600.00	63,600.00
906036	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] TOTAL POR RIA+	1	57,240.00	57,240.00
903046	HIERRO TOTAL+	1 ✓	38,160.00	38,160.00

Total Servicios: 327,120.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

fecha Orden
08/10/2021
03:44:00 p. m.

Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WULTER

Orden de Servicios No. 1579

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES [ASMA] POR IHA+	1	159,000.00	159,000.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1 ✓	44,520.00	44,520.00
906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm RNP y Sm +	1	218,784.00	218,784.00
906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	1 ✓	40,704.00	40,704.00
906417	DNA N - ANTICUERPOS POR EIA+	1	84,429.00	84,429.00
906908	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA+	1 ✓	63,588.00	63,588.00
Total Servicios:				611,025.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
05/10/2021
03:57:41 p. m.

Usuario: TI 1042733270 OTOGAMA TUNAY WALTER

Orden de Servicios No. 1581

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

08/06/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 A A 87 Teléfono: 3146303459

Detalle de Procedimientos		Valor	Valor
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		
902104	DIMERO D POR EIA	112,625.00	112,625.00

Total Servicios: 112,625.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

08/03/2019

Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACION PISO 4 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 ONCF141971



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
Teléfono:			Cubre Desde: 23.OCT.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Hasta: 13.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: DOMICO DOMICO DONALDO	No. Admisión: 0100584583
No. Doc.: 1046537808 Tipo Doc.: RC	Teléfono: 3106266983
Dirección: VEREDA ARENERA - TURBO	No. Poliza:
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	No. Autorización: 3946066

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

15 MEDICAMENTOS POS 257,400.00

Subtotal Area >>> 257,400.00

Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	81,845.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	405,900.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	687,748.00
15	MEDICAMENTOS POS	2,398,303.00
19	LABORATORIO CLINICO	738,600.00
21	GASES MEDICINALES	60,914.00

Subtotal Area >>> 5,426,110.00

Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	135,285.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,579,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS	87,652.00
15	MEDICAMENTOS POS	74,764.00
21	GASES MEDICINALES	574,182.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	451,400.00
31	ECOGRAFIAS	72,000.00

Subtotal Area >>> 2,974,483.00

Area Funcional: 73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,984,770.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	568,400.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	3,583,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,473,607.00
15	MEDICAMENTOS POS	8,955,611.00
19	LABORATORIO CLINICO	410,250.00
31	ECOGRAFIAS	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 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084801

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

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

Fecha Generación: 19.NOV.2021 17:43

Fecha Validación: 19.NOV.2021 17:44

Fecha Vencimiento: 19.DIC.2021

Cubre Desde: 23.OCT.2021

Hasta: 13.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO DOMICO DONALDO

No. Admisión: 0100584583

No. Doc.: 1046537808

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3108266983

Dirección: VEREDA ARENERA - TURBO

No. Póliza:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización: 3946066

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

26,016,631.00

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.

Afiliado:

Firma

Vendedor:

IMAT INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA
Oncomedica S.A.
NIT. 812.007.194-8
Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

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-4b86-b720-6cdf9f861767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3948066

Fecha: 14/11/2021

Hora: 12:27:42

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		MIT	☒ 901418394
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC	☐ Número
Código 901418394	Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137784435	Departamento	CORDOBA	23
	Municipio	MONTERIA	001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato:	524-2021
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
DOMICO	DOMICO	DONALDO	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1046837808	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	09/04/2015	SUBSIDIO TOTAL
		Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	TURBO	Teléfono	
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
☐ Urgencias	Servicio
HOSPITALIZACION	
Cama	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad
10A002	1
Descripción	
INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-14	Hora: 12:27
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 ticket, bono o vale de pago		☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
Valor Máximo (Tope) en pesos			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Celular:

FOM 14/11/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 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 ONCF142254



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: 17.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: JUMI SAPIA WILLER	No. Admisión: 0100589159		
No. Doc.: 1039654124	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3205342149	
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO	No. Poliza:		No. Autorización: 2120
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR			

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	
	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 >>>			380,161.00

Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
	01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
	03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	237,600.00
	13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	507,400.00
	14	MATERIALES E INSUMOS	167,450.00
	15	MEDICAMENTOS POS	1,025,132.00
	19	LABORATORIO CLINICO	1,042,300.00
	99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00
Subtotal Area >>>			3,838,982.00

Area Funcional:	16	CIRUGIA	
Cirugia	413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
	39003	Grupo 05	69,225.00
	39103	Grupo 05	45,240.00
	01	CIRUGIAS GENERALES	114,465.00
Subtotal Area >>>			114,465.00

Area Funcional:	68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
		BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
	03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	39,600.00
	13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,579,200.00
	14	MATERIALES E INSUMOS	565,912.00
	15	MEDICAMENTOS POS	779,459.00
	19	LABORATORIO CLINICO	72,800.00



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		Fecha Generación: 22.NOV.2021 11:41 Fecha Validación: 22.NOV.2021 11:42 Fecha Vencimiento: 22.DIC.2021 Cubre Desde: 10.NOV.2021 Hasta: 17.NOV.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205342149	No. Admisión: 0100589159 No. Poliza: No. Autorización: 2120
---	---	--

Código	Descripción	Valor Total
Subtotal Area >>>		3,056,971.00
Area Funcional: 69	UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	25,515.00
19	LABORATORIO CLINICO	346,200.00
Subtotal Area >>>		1,424,515.00

VALOR SERVICIOS:	14,711,052.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	14,711,052.00

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 letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado: Firma	Vendedor: Firma	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante, respecto a la mercancía. Acepto esta factura. FACTURACIÓN UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 26-11-21 RECIBE:
--------------------------------------	--------------------------------------	--

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



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
14/11/2021
10:28:24

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2091

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 27 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

01 CONSULTAS

890402 INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA +

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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 N° 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 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Exención

Comprobante

Validado

Subido

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

1

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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. 1750

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

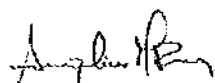
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Subtotal
04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS			
033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	1		
03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos			
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	1		

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
19/10/2021
15:40:55

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 1751

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirúrgicos			
992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO [CICLO DE TRATAMIENTO] +	1		

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
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

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021			
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		1039654124	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
		☐ Menor Sin Identificación		19/06/2014	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio MURINDO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
890402		1		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-14		Hora: 16:01	
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 ticket, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
		☐ Cuota Moderadora		Porcentaje (%)	
		☒ Copago		Valor Máximo (Tope) en pesos	
		☐ Cuota de Recuperación			
		☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN				Teléfono Celular:	
FOM 14/11/2021 ORDEN VALIDA PARA: 106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3951247

Fecha: 17/11/2021

Hora: 22:33:41

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 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				1039654124	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				19/06/2014	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual MURINDO				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio MURINDO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		475	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
10A001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-17		Hora: 22:33	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
		Valor en pesos		Porcentaje (%)	
		Valor Máximo (Tope) en pesos			
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$		0.00 \$	
☒ 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:			
106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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 : 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 Fecha de nacimiento : 19/08/2014

Nombre WILLER JUMI SAPIA

Tipo documento : TI Número : 1039854124

Dirección : COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA Teléfono: 3205342149

Dpto: (05) ANTIOQUIA Ciudad: (475) MURINDO Zona : R

Clase Afiliación: NV Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL Ubicación : UCI INTERMEDIOS

Cama : 301 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención inicial de Prioridad Atención : NV

Código CUPS	Cantidad	Descripción servicio
413101	1	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA
898106	1	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA
898004	1	Medula osea
033101	1	PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)
992502	1	Quimioterapia intratecal
898002	1	Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u
992505	1	POLIQUIMIOTERAPIA

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 día

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 N° 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	1
898106ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA	1
898004ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	1

033101 PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)	1
992502 TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	1
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 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 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 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

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 JUMI - INFORME QX.PDF	213 KB



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NII: 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. 1750

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos
992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIZA
Quién Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Quién Realizó

Firma Paciente



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	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC	☐ Número
Código	901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
Correo:	uisumetcol.alcepsi2020@gmail.com 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	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ No Documento de Identificación	
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	Edad	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	10/08/2014	
		Fecha de Nacimiento	
		SUBSIDIO TOTAL	
		MODALIDAD SUBSIDIO	

Dirección de Residencia Habitual	MURINDO	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MURINDO
Teléfono Celular	Correo Electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias		Cama	
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
890402	1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-11-14	Hora:	16:01
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 liquete, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Cepago		0.00 \$	0.00 %		
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfono		
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN			Teléfono Celular:		

FOM 14/11/2021 ORDEN VALIDA PARA: 106M01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

Firma del Paciente

SUJEYO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.
 NIT: 812007194
 CR 8ª # 72-34 ED. IMAT
 7854344
 Montería - Córdoba
 Cód. Habilitación: 230010084901

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



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		Fecha Generación: 22.NOV.2021 12:00 Fecha Validación: 22.NOV.2021 13:50 Fecha Vencimiento: 22.DIC.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento	Otro Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: OTOGAMA TUNAY WALTER No. Doc.: 1042733270 Tipo Doc.: TI Dirección: COMUNIDAD GENGADO - VIGIA DEL FUERTE Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	Teléfono: 314 617 4775 No. Poliza: No. Autorización:	No. Admisión: 0100583710
--	---	---------------------------------

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
16	MEDICAMENTOS NO POS	5,918,962.00

Subtotal Area >>> 5,918,962.00

VALOR SERVICIOS:	5,918,962.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
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 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 firma distinta al nombre de esta persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura. FECHA: 25-11-21 RECIBE: [Firma] 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

Asunto: Fwd: MIPRES NO PBS - WALTER OTOGAMA TUNAY ([INMUNOGLOBULINA] 50MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

De: Autorizaciones Oncomedica <autorizaciones3@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, asistentegcmqcxco01@imatoncomedica.com, asistentegcmcardio02@imatoncomedica.com

PSC

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

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 <gnophbstranscriptor@alcsalud.org.co>

Para:Juan Guillermo Berrio Guzman <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

CC:MONICA FAJARDO <autorizacionutsumelcol@gmail.com>

Buenas tardes.

La normatividad Citada en el correo:

Cantidad 7

Para tratamiento hospitalario del paciente (a): WALTER OTOGAMA TUNAY

Con identificación ID: 1042733270

Paciente que se encuentra hospitalizado en la institución

Antes de emitir esta prescripción se debe verificar que el paciente (a) no tenga ninguna otra prescripción de inmunoglobulina (IG) en curso, ya que esta es una terapia de alto costo y se debe garantizar que el paciente (a) no sea tratado con esta terapia de forma simultánea. En caso de que el paciente (a) ya esté siendo tratado con esta terapia, se debe suspender la prescripción de esta terapia hasta que se haya completado el tratamiento actual. En caso de que el paciente (a) no esté siendo tratado con esta terapia, se debe iniciar el tratamiento con esta terapia de acuerdo a las indicaciones de la etiqueta de la droga. En caso de que el paciente (a) esté siendo tratado con esta terapia, se debe suspender la prescripción de esta terapia hasta que se haya completado el tratamiento actual. En caso de que el paciente (a) no esté siendo tratado con esta terapia, se debe iniciar el tratamiento con esta terapia de acuerdo a las indicaciones de la etiqueta de la droga. En caso de que el paciente (a) esté siendo tratado con esta terapia, se debe suspender la prescripción de esta terapia hasta que se haya completado el tratamiento actual. En caso de que el paciente (a) no esté siendo tratado con esta terapia, se debe iniciar el tratamiento con esta terapia de acuerdo a las indicaciones de la etiqueta de la droga.

Corresponde a la resolución 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 SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD
NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS
COMPLEMENTARIOS

Artículo 30. Garantía del suministro. Las EPS y las entidades territoriales de conformidad con el modelo adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015, consultarán la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías 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 pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud o servicios complementarios que requieren análisis por parte de 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.

Parágrafo 4. En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas por Se recuerda que si una tecnología es prescrita en el ámbito hospitalario internación sin referencia (como es este caso) no se requiere direccionamiento, pues significa que el prestador en donde el paciente está hospitalizado, proveerá el servicio, de lo contrario, se debe realizar la prescripción en el ámbito 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 N°: 1042733270

Paciente que se encuentra hospitalizado en la Institución

Artículo 10. Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO-PBS. Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO-PBS, se seguirá el siguiente procedimiento:

A) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico Científico – CTC de la (s) prescripción (es) u orden (es) médica (s) y su justificación, adjuntando la evidencia o resumen de historia clínica del paciente y, si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuísticas, que sustente su decisión. En caso que la tecnología en salud NO-PBS cuya autorización se solicita trate de un medicamento, el médico tratante la solicitará en su denominación común internacional e indicará a los medicamentos incluidos en el Plan Piloto de Salud, EPS, del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días / tratamiento, dosis / día y cantidad de equivalencia al medicamento original, como se exige.

Cuando la tecnología en salud NO-PBS se trate de procedimiento, el médico deberá plantear la Codificación Única de Procedimientos CUPS tanto para la tecnología NO-PBS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que reemplaza o sustituye.

B) En los días (2) días siguientes a la prescripción de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico Científico – CTC deberá decidir sobre la pertinencia presentada y se guiará la decisión en la siguiente parte:

Si se requiere el procedimiento de aprobación o desaprobación, el Comité Técnico Científico – CTC deberá emitir la política o política de tratamiento, según corresponda, que deberá ser aprobada por el Comité de Gestión de la Calidad y el Comité de Ética y Bioética, y se deberá notificar a la EPS y al paciente.

C) Al momento de emitir la política o política de tratamiento, el Comité Técnico Científico – CTC deberá emitir la política o política de tratamiento, según corresponda, que deberá ser aprobada por el Comité de Gestión de la Calidad y el Comité de Ética y Bioética, y se deberá notificar a la EPS y al paciente.

Parágrafo. Cuando exista urgencia manifiesta, caso es, en casos de riesgo inminente para la vida o salud del paciente, o cuando se trate de tecnología en salud NO-PBS requeridas por las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley, no se aplica el procedimiento para autorización de que trata el presente artículo, caso en los cuales el médico tratante tiene posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud NO-PBS a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización previsto en el artículo 9 de la presente resolución.

En las situaciones mencionadas, el médico tratante deberá presentar a los miembros del Comité Técnico Científico de la institución de los días siguientes al suministro de la tecnología NO-PBS, órgano que asumirá la responsabilidad de la política y garantizará la continuidad en el suministro de la tecnología NO-PBS correspondiente, si a ello hubiere lugar.

El cargo finalmente para la salud del paciente deberá ser documentado y constar en la historia clínica.

Brian Escobar Rada
ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

+57 (4) 7846997 Ext: 3809

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 pudieran presentarse en este correo una vez enviado.

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



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

Fecha Generación: 23.NOV.2021 17:47
Fecha Validación: 23.NOV.2021 17:48
Fecha Vencimiento: 23.DIC.2021

Cubre Desde: 10.SEP.2021
Hasta: 10.SEP.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO
No. Doc.: 6630825 Tipo Doc.: CC
Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES
Médico: CARLOS MAURICIO BURGOS DURANGO

Teléfono: 320 540 9081

No. Admisión: 0100572352

No. Poliza:
No. Autorización: 2180

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	14 HEMODINAMIA	

01	CIRUGIAS GENERALES	1,321,182.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	178,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,399,301.00
15	MEDICAMENTOS POS	316,058.00

Subtotal Area >>> 3,215,441.00

VALOR SERVICIOS:	3,215,441.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	3,215,441.00

TOTAL

TRES MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS **** 3,215,441.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma de esta factura es autorizada por esta persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cumplimiento. Recibir conforme a la mercancía. Acepto esta factura.
		FACTURACIÓN UT SUMEICOL FECHA: 21-01-22 RECIBE:

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-4b86-b720-6cdf9861767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
11/09/2021
17:00:48

Usuario: CC 6630825 PERTUZ PEÑATE ALBERTO

Orden de Servicios No.

2180

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

20/11/1941 Edad: 80 años, 0 meses y 3 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

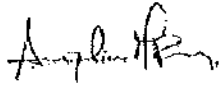
Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
876120 ARTERIOGRAFIA CORONARIA NCOC.

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 26.NOV.2021 11:52
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 26.NOV.2021 11:52
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 26.DIC.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 13.SEP.2021
E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Hasta: 13.SEP.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	

Paciente: PERTUZ PEÑATE ALBERTO	No. Admisión: 0100572911
No. Doc.: 8630825	Tipo Doc.: CC
Dirección: CORREGIMIENTO PUERTO BELGICA - CACERES	Teléfono: 320 540 9081
Médico: CARLOS MAURICIO BURGOS DURANGO	No. Poliza:
	No. Autorización: 2201

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	14 HEMODINAMIA	

01 CIRUGIAS GENERALES

8,480,000.00

Subtotal Area >>> 8,480,000.00

VALOR SERVICIOS: 8,480,000.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 8,480,000.00

TOTAL

OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS 8,480,000.00

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.

Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador, su representante o dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y/o el pago de la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	IMAT ONCOMEDICA NIT. 812 007 194-8 Firma	FACTURACIÓN: UNION TEMPORAL SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 21-01-22 RECIBE: [Firma]

Orización 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

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

NUMERO AUTORIZACION POP

3843183

Fecha: 09/09/2021

Hora: 11:32:46

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 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES

Teléfono 3137764435 Departamento CORDOBA 23 Municipio MONTERIA 001

Correo: utsumeicol.incepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE

PERTUZ PEÑATE ALBERTO

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

6630825

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

No Documento de Identificación

Edad

☐ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

☒ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor Sin Identificación

20/11/1941

Fecha de Nacimiento

SUBSIDIO TOTAL

MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual PUERTO BELGICA

Teléfono

Departamento ANTIOQUIA

05

Municipio CACERES

120

Teléfono Celular

Correo Electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION

Cama

00

☐ Urgencias

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

Especialidad

378301 1 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-09-09

Hora: 11:32

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 liquete, bono o vale de pago ☐

Recaudo del prestador Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

DIANA CAROLINA PAZ CERON

Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO

Teléfono Celular:

FOM 09/09/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

1 de 1



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
15/09/2021
16:19:56

Usuario: CC 6630825 PERTUZ PEZATE ALBERTO

Orden de Servicios No. 2201

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

20/11/1941 Edad: 80 años, 0 meses y 5 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
378201 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL

1 8,480,000.00 8,480,000.00

Total Servicios: 8,480,000.00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 ONCF144147

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@imail.com

Fecha Generación: 29.NOV.2021 15:20

Fecha Validación: 29.NOV.2021 15:24

Fecha Vencimiento: 29.DIC.2021

Cubre Desde: 30.OCT.2021

Hasta: 6.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: LICONA GARCIA ANTONELA

No. Doc.: 1037487733

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3126734140

No. Admisión: 0100586614

Dirección: VEREDA CHANGAS - NECOCLI

Médico: VICTOR JULIO YEPES AMARIS

No. Poliza:

No. Autorización: 2127

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	07 URGENCIAS	

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	235,570.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	500,300.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	650,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	155,952.00
15	MEDICAMENTOS POS	32,865.00
19	LABORATORIO CLINICO	306,600.00

Subtotal Area >>> 1,928,887.00

Area Funcional: 08 IMAGENOLOGIA

14	MATERIALES E INSUMOS	146,754.00
15	MEDICAMENTOS POS	126,221.00

Subtotal Area >>> 272,975.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	198,000.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	761,100.00
14	MATERIALES E INSUMOS	55,566.00
15	MEDICAMENTOS POS	24,167.00
19	LABORATORIO CLINICO	50,500.00
26	RESONANCIA	6,653,700.00

Subtotal Area >>> 7,743,033.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

15	MEDICAMENTOS POS	236,880.00
----	------------------	------------

Subtotal Area >>> 236,880.00

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

CUFE: 327bb94a67752c050dca33aff95a8783d5d1c3984ecde9dc2925360c9f9b351dd2d2101eb7f46dfb8265a3d074fbc9



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8° # 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 ONCF144147



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:		Cubre Desde: 30.OCT.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 6.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	

Paciente: LICONA GARCIA ANTONELA		No. Admisión: 0100586614
No. Doc.: 1037487733	Tipo Doc.: RC	Teléfono: 3126734140
Dirección: VEREDA CHANGAS - NECOCLI		No. Poliza:
Médico: VICTOR JULIO YEPES AMARIS		No. Autorización: 2127

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

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 letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador es una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y/o cancelar. Recibo la mercancía. Acepto esta factura.
Firma		FECHA: 01-12-21 RECIBE: [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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3834745

Fecha: 07/11/2021

Hora: 16:26:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		C.C.	☐ Número
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435 Departamento		CORDOBA	Municipio MONTERIA
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	

DATOS DEL PACIENTE			
CONA	GARCIA	ANTONELA	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
No Documento de Identificación		1037487733	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	14/08/2020	SUBSIDIO TOTAL
Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Ección de Residencia Habitual LAS CHANGAS		Teléfono 3126734140	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio NECOCLI	
Teléfono Celular		Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☒ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
☐ Urgencias	Cama
Anejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-11-07	Hora: 16:26
PAGOS COMPARTIDOS		
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago % 100		
Mantener la afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 0		
Reclamo de liqueta, bono o vale de pago ☐		
Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora		
☒ Copago	0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
RENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

07/11/2021

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010084901

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 ONCF144204



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

Fecha Generación: 29.NOV.2021 16:05

Fecha Validación: 29.NOV.2021 16:06

Fecha Vencimiento: 29.DIC.2021

Cubre Desde: 26.NOV.2021

Hasta: 26.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: CASILLA VEGA EMIRO

No. Admisión: 0100593831

No. Doc.: 70525282

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3143762251

No. Poliza:

Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA

No. Autorización: 2209

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	

19 LABORATORIO CLINICO

73,100.00

Subtotal Area >>>

73,100.00

VALOR SERVICIOS:

73,100.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

73,100.00

TOTAL

SETENTA Y TRES MIL CIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

73,100.00

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 los servicios a entera satisfacción.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al tipo de documento de esta persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibe conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA:

RECIBE:

Firma

Firma

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-b720-8cdf9f861767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 N° 4-50 239968

9/11/1969 Edad: 52 años, 0 meses y 17 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Subtotal
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS)	1		
903841	GLUCOSA EN SUERO - LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1		
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1		
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)	1		

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Emiro Casilla
70525282

Firma Paciente

Factura Electronica de Venta ONCF145112

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

Fecha Generación: 30.NOV.2021 18:07

Fecha Validación: 30.NOV.2021 18:07

Fecha Vencimiento: 30.DIC.2021

Cubre Desde: 17.SEP.2021

Hasta: 17.SEP.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: DOMICO DOMICO OLIVIA

No. Admisión: 0100574413

No. Doc.: 32355495

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 312 230 2288

Dirección: VEREDA CHIGORODOSITO - CHIGORODO

No. Poliza:

No. Autorización: 2324

Médico: CARLOS MAURICIO BURGOS DURANGO

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	14 HEMODINAMIA	

01	CIRUGIAS GENERALES	1,321,242.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	178,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,933,074.00
15	MEDICAMENTOS POS	407,840.00

Subtotal Area >>> 3,841,056.00

VALOR SERVICIOS: 3,841,056.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 3,841,056.00

TOTAL

TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS

3,841,056.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cobro de la misma. Acepto esta factura

Firma

IMAT ONCOMEDICA
NIT: 812007194-8

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

RECIBE:

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: TFIHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3853558

Fecha: 15/09/2021

Hora: 18:52:19

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137784435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		OLIVIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		32355495		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		02/08/1975		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual CHIGORODO		Teléfono			
Departamento ANTIOQUIA		Municipio CHIGORODO			
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama 00					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
878120		1		ARTERIOGRAFIA CORONARIA	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-09-15		Hora: 18:52	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro			
Porcentaje (%)		Valor Máximo (Tope) en pesos			
0.00 %					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO		Teléfono Celular:			
FOM 15/09/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
15/09/2021
17:11:10

Usuario: CC 32355495 DOMICO DOMICO OLIVIA

Orden de Servicios No. 2324

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

2/08/1975 Edad: 46 años, 3 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

876120 ARTERIOGRAFIA CORONARIA NCOC.

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJANDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

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. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Admisión: 0100585472

No. Doc: 1040498859

Tipo Doc: TI

Teléfono: 3117047896

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

No. Autorización: 3957764

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 02	QUIMIOTERAPIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	33,418.00
15	MEDICAMENTOS POS	3,935,382.00
Subtotal Area >>>		3,968,800.00
Area Funcional: 07	URGENCIAS	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	39,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	379,700.00
14	MATERIALES E INSUMOS	10,665.00
15	MEDICAMENTOS POS	8,930.00
19	LABORATORIO CLINICO	268,400.00
Subtotal Area >>>		754,495.00
Area Funcional: 73	HOSPITALIZACION PISO 4 T2	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,350,000.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	76,000.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	6,295,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,823,669.00
15	MEDICAMENTOS POS	3,245,630.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,293,696.00
99	QUIMIOTERAPIA	374,800.00
Subtotal Area >>>		15,459,695.00
VALOR SERVICIOS:		20,182,990.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		20,182,990.00

CUFE:3f02a149d3168db5d10a35bf3eac15e40c32ef435f222542b429866a7c1ca536c17af7cfd4eb870d9a3949c3da608f8



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
C.R. 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
No somos autoretenedores 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

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. 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 - ANTIOQUIA

No. Poliza:

No. Autorización: 3957764

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Código

Descripción

Valor Total

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). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor
IMAT
INSTITUTO
MEDICO ALTA
TECNOLOGIA
Oncomedica S.A.
NIT: 812007194-6
Firma

Se hace constar que la firma del IMAT es un representante autorizado que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 13-12-21

RECIBE: [Firma]

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 ☒ 901418384	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C C ☐ Número	
Código 901418384 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alcpsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499859		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		07/08/2007		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio EL BAGRE	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama 00					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
10A002		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-22		Hora: 12:11	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 \$	
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 21/11/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJEYO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3931005

Fecha: 04/11/2021

Hora: 16:58:15

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS103	
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		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
ROMERO		SERPA		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1040499859		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		07/08/2007		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual LA SARDINA					
Departamento ANTIOQUIA		Municipio EL BAGRE		Teléfono	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		250	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama 10					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
903426 1 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-04		Hora: 16:58	
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 liquidez, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				Porcentaje (%)	
☒ Copago		0.00 \$		Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 02/11/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo válida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094901

HOSPITALIZACIÓN 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 ONCF145531



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	Fecha Generación: 1.DIC.2021 17:01 Fecha Validación: 1.DIC.2021 17:02 Fecha Vencimiento: 31.DIC.2021 Cubre Desde: 12.NOV.2021 Hasta: 13.NOV.2021
---	--

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:

Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Admisión: 0100592284
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205342149
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO No. Poliza:
Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ No. Autorización: 50865386

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
29	LABORATORIO CLINICO NO PBS	400,000.00
Subtotal Area >>>		400,000.00
Área Funcional:	69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	
29	LABORATORIO CLINICO NO PBS	600,000.00
Subtotal Area >>>		600,000.00
VALOR SERVICIOS:		1,000,000.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		1,000,000.00
TOTAL		
UN MILLON DE PESOS CON CERO CENTAVOS ****		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.

Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que la firma digitalizada es la de la persona que está autorizada para firmar y recibir, confesando que la factura contiene lo recibido conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	FECHA: 06-12-21 RECIBE: 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

Trazabilidad de la Prescripción

2021-11-10

Nro. Prescripción

20211110198031371092

DATOS DEL PRESTADOR

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	Ámbito Atención: Hospitalario - internación
Diagnóstico Principal: C910-Leucemia linfoblástica aguda [LLA]	Número Historia Clínica: 1039654124	Usuario Régimen:

PROFESIONAL TRATANTE

No. e: JAIME ALFONSO POLO MARTINEZ	Documento de Identificación: CC 12647767	Registro Profesional: 12647767
---------------------------------------	---	-----------------------------------

DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

Tecnología o Servicio Prescrito: 905504-METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Tipo de Tecnología: Procedimiento	Cantidad Prescrita: 5
No. Prescripción: 20211110198031371092	Fecha de Prescripción: 2021-11-10	Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

INFORMACIÓN REPORTES

Entrega Hospitalaria	Reporte Entrega
No Entrega: 1 Id: 67294095 Id. Entrega: 50865386 Tecnología Entregada: 905504 Entrega Total: SI Cantidad Entregada: 5 Fecha de Entrega: 2021-11-12 Dispensado por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme	Id : 67294095 Id Reporte Entrega: 48898554 Valor Entrega: \$ 1000000 Entrega Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

Reporte Factura

Id : 32702252
 Id Facturación: 35115744
 Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC
 No. Factura: 90630725a1a0b8d2acc39221121d7c14f35dfe876c61094232987165cb83022d748abcae5f263533e02155c4199f9e84
 Valor Facturado: 1000000
 Cuota 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

HOSPITALIZACIÓN PISO 2 T1

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

Factura Electronica de Venta ONCF145537



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 1.DIC.2021 17:06
Identificación: NIT 901418264-1		Fecha Validación: 1.DIC.2021 17:10
Dirección: CL 42 10 A 35 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 31.DIC.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 16.NOV.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 17.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	

Paciente: JUMI SAPIA WILLER	No. Admisión: 0100592289
No. Doc.: 1039654124	Tipo Doc.: TI
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO	Teléfono: 3205342149
Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ	No. Poliza:
	No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 02	QUIMIOTERAPIA	

16 MEDICAMENTOS NO POS 5,633,555.00

Subtotal Area >>> 5,633,555.00

VALOR SERVICIOS:	5,633,555.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
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 CENTAVOS 5,633,555.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta a la que aparece en esta factura es la de una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al pago de la misma. Acepto esta factura.
Firma	Firma	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

Trazabilidad del Direccionamiento

2021-10-18 14:53

Nro. Prescripción

20211008194030730826

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Prestador de Servicios en Salud:
ONCOMEDICA S.A.

Documento de Identificación:
812007194

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de documento y documento de paciente:

RC-1038654124

DIRECCIONAMIENTO

Código de Tecnología a Entregar:
20105447-01

Id:
64088118

Id Direccionamiento:
60940846

Número de Orden:

Número de Entrega:

Número de Subentrega:

Tipo Tecnología:

1

1

0

Medicamento

segurador:

EPSI03 - 817001773 - EPSI03 - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

Estado:

Procesado

Fecha Anulación:

Fecha Maxima de Entrega:

2021-10-26

Cantidad Prescrita:

1

PROGRAMACION

ID:

64088118

Id Programación:

57292264

Fecha Programación:

2021-10-26

Cantidad Programada:

1

Código Proveedor:

PROV001114

Código de Tecnología:

20105447-01

Descripción:

PEGASPARGASA | PEGASPARGASA | UI | 750 | | SOLUCION INYECTABLE

ENTREGA

64088118

Id Entrega:

50968994

E. Total:

SI

F. Entrega:

2021-11-16

C. Entregada:

1

Tipo Id Recibe:

CC

Número Id Recibe:

1039653876

N. Lote:

REPORTE ENTREGA

ID:

64088118

Id Reporte Entrega:

48898989

E. Total:

SI

Valor Entregado:

5633555

REPORTE FACTURA

ID:

32702846

Id Reporte Factura:

35116410

Unidades de Dispensación:

1

Asegurador:

EPSI03-817001773-ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

Numero de Factura:

e3dfef94176711badd915b7662e012457f0657d9f290309891473f14096f49882adba973467f891bceab26b20c75caa8

Valor Unitario:

5633555

Valor Total:

5633555

Cuota Moderadora:

0

Copago:

0



Factura Electronica de Venta ONCF145570

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 1.DIC.2021 18:07
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 1.DIC.2021 18:08
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 31.DIC.2021
Teléfono:		Cubre Desde: 1.OCT.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 1.DIC.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:	Otro	

Paciente: SUAREZ PEREZ YOLANDA	No. Admisión: 0100578485
No. Doc.: 21588050 Tipo Doc.: CC	
Dirección: B/ EL CARMEN - CACERES	Teléfono: 302 441 6636
Médico: CARLOS MAURICIO BURGOS DURANGO	No. Poliza:
	No. Autorización: 2331

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	14 HEMODINAMIA	
01	CIRUGIAS GENERALES	1,914,624.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	178,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,192,858.00
15	MEDICAMENTOS POS	316,058.00

Subtotal Area >>> 3,602,440.00

VALOR SERVICIOS:	3,602,440.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	3,602,440.00

TOTAL

TRES MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 3,602,440.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma de esta factura es de una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda, o como representante legal conforme la mercancía. Acepto esta factura.
	FECHA: 21-01-22	
	RECIBE:	

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: 900390126-8 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 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 38 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.incepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
SUAREZ		PEREZ		YOLANDA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				21588050	
				11/12/1961	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual CACERES				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio CACERES		Teléfono	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
874133 1 ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS (PANANGIOGRAFIA)					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-30		Hora: 20:42	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfono			
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA		Teléfono Celular:			
FOM 30/11/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1

Usuario: CC 21588050 SUAREZ PEREZ YOLANDA

Orden de Servicios No. 2331

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

11/12/1961 Edad: 59 años, 11 meses y 21 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
874133 ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS (PANANGIOGRAFIA) +	1		

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094801

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 ONCF149164

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

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

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Responsable:

Paciente: CEDEÑO GARCIA CRISTOBALINA
No. Doc.: 42651032 Tipo Doc.: CC
Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA
Médico: 0

Teléfono: 7854344

No. Admisión: 0100587757

No. Poliza:
No. Autorización: 3512046

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

26 RESONANCIA

1,692,300.00

Subtotal Area >>>

1,692,300.00

VALOR SERVICIOS:

1,692,300.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

1,692,300.00

TOTAL

UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * * * *

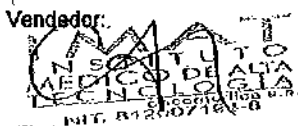
1,692,300.00

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 los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Firma

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador es la que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar a la contraparte de acuerdo con la mercadería. Acepto esta factura.

FACTURACION SUMEICOL

NIT. 901418364-1

FECHA: 21.01.22

RECIBE: [Firma]

Firma

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-b720-6cdf9f681767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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 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.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE			
CEDEÑO	GARCIA	CRISTOBALINA	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		42651032	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	16/11/1954	
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		SAN JUAN DE URABA		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio	SAN JUAN DE URABA	659
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	Especialidad
883101	1	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 141		Fecha: 2021-07-01	Hora: 11:05
PAGOS 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 pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 €	10.00 €
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza	Teléfono		
EIDA ANDRADE			
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:		

FOM 01/07/2021	
2137764435	
Reumatología 16/10/21 Hora:	

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



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 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		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
CEDENEG		GARCIA		CRISTOBALINA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		2do Nombre		Edad	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual		SAN JUAN DE URABA		Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		SAN JUAN DE URABA	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☒ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
863101 1 RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO					

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 141		Fecha: 2021-07-01		Hora: 11:05	
PAGOS 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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 €	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro			
Porcentaje (%)		Valor Máximo (Tope) en pesos			
10.00 €					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfono		
EIDA ANDRADE					
Cargo o actividad:			Teléfono Celular:		
FOM 01/07/2021					
3137764435					
Reumatología 16/10/21 Hora:					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084901

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

IMAGENOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF149215

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 11.DIC.2021 11:59
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 11.DIC.2021 11:59
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 10.ENE.2022
Teléfono:		Cubre Desde: 4.NOV.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 4.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable:	

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI	No. Admisión: 0100587604
No. Doc.: 1033373707 Tipo Doc.: CC	Teléfono: 3145399455
Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES	No. Poliza:
Médico: 0	No. Autorización: 3514216

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	
02	IMAGENOLOGÍA Y RADIOLOGIA	122,800.00
31	ECOGRAFIAS	165,400.00

Subtotal Area >>> 288,200.00

VALOR SERVICIOS:	288,200.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	288,200.00

TOTAL
DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 288,200.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma digital en el documento puede ser de una persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda o recibir la mercancía, según corresponda a la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	Firma

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: 900390126-8 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 MED

3514216

Fecha: 12/10/2021

Hora: 9:26:58

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 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
23		001			
Correo: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
BERONA		CALDERON		LUZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				1033373707	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				20/08/1992	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Ubicación de Residencia Habitual ARBOLETES					
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio ARBOLETES	
051					
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☒ Consulta Externa		☐ Hospitalización		Servicio	
☐ Urgencias				Cama	
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			Especialidad
873204	2	RADIOGRAFIA DE HOMBRO			
873412	1	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA			
881610	2	ECOGRFIA ARTICULAR DE HOMBRO			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
Fecha: 2021-09-22					
Hora: 9:26					
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 €	0.00 €		
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfono		
EIDA ANDRADE					
Cargo o actividad:			Teléfono Celular:		
fom 22/09/2021					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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 autoretentores. No estamos Exentos de retención en la fuente

IMAGENOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF149237

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

Fecha Generación: 11.DIC.2021 12:24

Fecha Validación: 11.DIC.2021 12:24

Fecha Vencimiento: 10.ENE.2022

Cubre Desde: 22.NOV.2021

Hasta: 22.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: SALAS RIVAS NEVER ANDRES

No. Doc.: 1200714678

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3103504120

No. Admisión: 0100592259

Dirección: ANTIOQUIA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

Médico: 0

No. Autorización: 3516213

Código

Descripción

Area Funcional:

08

IMAGENOLOGIA

Valor Total

02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

81,845.00

Subtotal Area >>>

81,845.00

VALOR SERVICIOS:

81,845.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

81,845.00

TOTAL

OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS **** *
**** *
**** *
**** *
**** *
**** *
**** *
**** *
**** *
**** *

81,845.00

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:


Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a pagar la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-22
Firma

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023 Vigencia 24 meses, Perfil ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390128 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

MED 3516213

Fecha: 10/11/2021

Hora: 09:07:18 a.m.

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 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento	CORDOBA	23	Municipio MONTERIA 001
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com 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		Edad	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		07/04/2014	
		Fecha de Nacimiento		SUBSIDIO TOTAL 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 Especialidad	
870602		1		RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	
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 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 ☐					
Recauda del prestador		Concepto		Valor en pesos Porcentaje (%) Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		\$ 0.00		\$ 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					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1

**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		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Número	
Código 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
		23		001	
Correo: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com 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	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	Edad	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	07/04/2014	
		Fecha de Nacimiento	
		SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO	

Dirección de Residencia Habitual EL 205		Teléfono 3106202081	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio TURBO	
05		837	
Teléfono Celular		Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☒ Consulta Externa	☐ Hospitalización
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
871121	1 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)
Cantidad	Especialidad
1	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-04-07		Hora: 9:21	
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 ticket, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		\$ 0.00	\$ 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

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 13.DIC.2021 17:49
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 13.DIC.2021 17:50
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA			Fecha Vencimiento: 12.ENE.2022
Teléfono:			Cubre Desde: 28.SEP.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Hasta: 12.OCT.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: PERNILLA DOMICO EDINSON			No. Admisión: 0100577577
No. Doc.: 1038817708	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3216938390	
Dirección: VEREDA CHIGORODOSITO - CHIGORODO			No. Poliza:
Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ			No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	07 URGENCIAS	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	47,200.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	193,940.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	487,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	214,173.00
15	MEDICAMENTOS POS	888,309.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,004,288.00
31	ECOGRAFIAS	153,000.00

Subtotal Area >>> 2,988,710.00

Area Funcional:	16 CIRUGIA	
Cirugia	413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
39003	Grupo 05	4.00
S55102	DE 21 HASTA 30 UVR	32,005.00
01	CIRUGIAS GENERALES	32,009.00

Subtotal Area >>> 32,009.00

Area Funcional:	70 HOSPITALIZACION PISO 5 T2	
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	217,100.00

Subtotal Area >>> 217,100.00

Area Funcional:	73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2	
	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	739,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,953,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	267,251.00
15	MEDICAMENTOS POS	955,813.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,745,660.00

Subtotal Area >>> 5,661,824.00

VALOR SERVICIOS:	8,899,643.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	8,899,643.00

Factura Electronica de Venta ONCF149770



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

Fecha Generación: 13.DIC.2021 17:49

Fecha Validación: 13.DIC.2021 17:50

Fecha Vencimiento: 12.ENE.2022

Cubre Desde: 28.SEP.2021

Hasta: 12.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PERNILLA DOMICO EDINSON

No. Admisión: 0100577577

No. Doc.: 1038817708

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3216938390

Dirección: VEREDA CHIGORODOSITO - CHIGORODO

No. Poliza:

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CENTAVOS	8,899,643.00
---	---------------------

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:

Verificado:

IMAT
INSTITUTO
MEDICO ALTA
TECNOLOGIA
Oncomedica S.A.
NIT: 812007194-8
Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y pagar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1
FECHA: 03.01.22
RECIBE: [Firma]
Firma

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: 900290126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3877472

Fecha: 02/10/2021

Hora: 14:28:03

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 BARRIO LOS LAURELES
Teléfono	3137764435	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
Correo:	utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com	Contrato:	524-2021
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
PERNILLA	DOMICO	EDINSON	

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038817708	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	23/02/2013	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	CHIGORODOCITO	Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CHIGORODO
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☒ Consulta Externa	☐ Hospitalización
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad
890402	1
Descripción	
INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-10-02	Hora:	14:28
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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 tarjeta, bono o vale de pago			
☐			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

FOM 02/10/2021 ONCOMEDICA S.A.	
+10A004 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS	

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

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

No. Solicitud : 2 Fecha 02/10/2021 Hora : 11:55

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 : 0100577577 Fecha de nacimiento : 23/02/2013

Nombre EDINSON PERNILLA DOMICO

Tipo documento : TI Número : 1038817708

Dirección : VEREDA CHIGORODOSITO

Teléfono: 3216938390

Dpto: (05) ANTIOQUIA

Ciudad: (172) CHIGORODO

Zona : R

Clase Afiliación: NV

Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 301 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención inicial de Prioridad Atención : NV

Código CUPS Cantidad Descripción servicio

10A004 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 2021
ADJUNTO SOPORTES.

Dx. Principal : D898 TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1 :

Dx. Relacionado 2 :

Dx. Relacionado 3 :

Solicita : BESCOBARR

Cargo : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 7854344

Celular :



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nif: 901418364-1 Código: 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: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

06 ESTANCIAS

10A004 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010084901

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 ONCF150102



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

Fecha Generación: 14.DIC.2021 14:40

Fecha Validación: 14.DIC.2021 14:41

Fecha Vencimiento: 13.ENE.2022

Cubre Desde: 14.DIC.2021

Hasta: 14.DIC.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA

No. Doc.: 42651839

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3136855063wap

Consecutivo: 0102089342

Dirección: cll 1# 4-50 - MONTERIA

No. Poliza:

Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA

No. Autorización: 2481

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	01 CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

60,000.00

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 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:

Vendedor:

INSTITUTO
MEDICO DE ALTA
TECNOLOGIA
NIT. 812.007.194 Oncomedica S.A.

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que el comprador está autorizado para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a pagar la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT 812007194

NIT. 901418364-1

FECHA: 30-12-21

Firma

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Perfil ONCF del consecutivo ONCF148567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
7/12/2021
15:05:20

Usuario: CC 42651839 MARTINEZ MORA CASIMIRA

Orden de Servicios No. 2481

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

31/08/1952 Edad: 69 años, 3 meses y 7 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Unidad	Valor Unitario	Valor Total
01	CONSULTAS			
890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	1	60,000.00	60,000.00
Total Servicios:				60,000.00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

② Uefa: TATIANA
Piso 2 Torre 2



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

Fecha Generación: 17.DIC.2021 17:26
Fecha Validación: 17.DIC.2021 17:26
Fecha Vencimiento: 16.ENE.2022

Cubre Desde: 16.NOV.2021
Hasta: 15.DIC.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:

Paciente: AVILA GARCIA JUVENAL No. Admisión: 0100599968
No. Doc.: 70526346 Tipo Doc.: CC Teléfono: 3147391454
Dirección: SAN JUAN DE URABA - ANTIOQUIA No. Poliza:
Médico: AARON RAFAEL QUINTERO HERNANDEZ No. Autorización: 49625689

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 72	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2	

30	NUTRICIONES ENTERALES NO PBS	2,425,560.00
----	------------------------------	--------------

Subtotal Area >>> 2,425,560.00

VALOR SERVICIOS: 2,425,560.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 2,425,560.00

TOTAL

DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS CON CERO CENTAVOS **** ** 2,425,560.00

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:



Firma

Se hace constar que la firma distinta a la del proveedor que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda del comprador. Recibir, confirmar la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1

FECHA: 28-12-21

RECIBE: [Firma]

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Trazabilidad de la Prescripción

2021-11-16

Nro. Prescripción

20211116163031460524

DATOS DEL PRESTADOR

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: AVILA GARCIA JUVENAL	Documento de Identificación: CC 70526346	Ámbito Atención: Hospitalario - Internación
Diagnóstico Principal: E639-Deficiencia nutricional, no especificada	Número Historia Clínica: 70526346	Usuario Régimen:

PROFESIONAL TRATANTE

Nombre: JOHANA DIAZ FLOREZ	Documento de Identificación: CC 1040368894	Registro Profesional: NUTRICION
-------------------------------	---	------------------------------------

DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

Tecnología o Servicio Prescrito: Fresubin HP Energy	Tipo de Tecnología: Nutrición	Cantidad Prescrita: 90
No. Prescripción: 20211116163031460524	Fecha de Prescripción: 2021-11-16	Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

INFORMACIÓN REPORTES

Entrega Hospitalaria	Reporte Entrega
No Entrega: 1 Id: 68406294 Id. Entrega: 51794037 Tecnología Entregada: 150303 Entrega Total: SI Cantidad Entregada: 58 Fecha de Entrega: 2021-12-15 Dispensado por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme	Id : 68406294 Id Reporte Entrega: 49625689 Valor Entrega: \$ 2425560 Entrega Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme

Reporte Factura

Id : 33326149
 Id Facturación: 35802146
 Asegurador: EPSI03 | ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC
 No. Factura: d1bc0484b05b000872325239262771b896ea00f4c219885f2bf19945f13b7920d66072aaf3e7cc8644250541dcf945a32
 Valor Facturado: 2425560
 Cuota 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

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

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicapsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 18.DIC.2021 10:46

Fecha Validación: 18.DIC.2021 10:56

Fecha Vencimiento: 17.ENE.2022

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. Pollza:

Médico: ROQUE RICARDO GARCIA GALVIS

No. Autorización: 3944213

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Área Funcional:	03	RADIOTERAPIA
-----------------	----	--------------

21	GASES MEDICINALES
----	-------------------

14.00

Subtotal Area >>>

14.00

Área Funcional:	70	HOSPITALIZACION PISO 5 T2
-----------------	----	---------------------------

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
----	---

139,740.00

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD
----	--

1,085,500.00

14	MATERIALES E INSUMOS
----	----------------------

425,914.00

15	MEDICAMENTOS POS
----	------------------

1,678,674.00

19	LABORATORIO CLINICO
----	---------------------

1,298,875.00

21	GASES MEDICINALES
----	-------------------

99,540.00

27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS
----	----------------------------

1,272,000.00

Subtotal Area >>>

6,000,243.00

Área Funcional:	72	UCI ADULTO INTENSIVO PISO 3 T2
-----------------	----	--------------------------------

01	CIRUGIAS GENERALES
----	--------------------

2,625,000.00

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA
----	---------------------------

3,110,110.00

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
----	---

1,248,200.00

05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE
----	--

13,460,300.00

07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION
----	--------------------------------------

60,606,400.00

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD
----	--

28,376,500.00

14	MATERIALES E INSUMOS
----	----------------------

30,449,923.00

15	MEDICAMENTOS POS
----	------------------

60,163,636.00

19	LABORATORIO CLINICO
----	---------------------

10,538,410.00

21	GASES MEDICINALES
----	-------------------

3,664,948.00

27	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 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - 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 ONCF152138



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

Fecha Generación: 18.DIC.2021 10:46

Fecha Validación: 18.DIC.2021 10:56

Fecha Vencimiento: 17.ENE.2022

Cubre Desde: 11.NOV.2021

Hasta: 15.DIC.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: AVILA GARCIA JUVENAL

No. Doc.: 70526346

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3147391454

No. Admisión: 0100589787

Dirección: SAN JUAN DE URABA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

No. Autorización: 3944213

Médico: ROQUE RICARDO GARCIA GALVIS

Código

Descripción

Valor Total

TOTAL

DOSCIENTOS VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO

221,245,584.00

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:

Firma

Vendedor:



Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 23-12-21

RECIBE: [Firma]

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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3944213

Fecha: 12/11/2021

Hora: 13:33:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC	☐ Número	
Código 901418364	Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137784435	Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Correo: ulsumicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE			
AVILA	GARCIA	JUVENAL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		70526346	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	30/11/1958	Edad
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		SAN JUAN DE URABA		Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN DE URABA	
Teléfono Celular	Correo Electrónico			

SERVICIOS AUTORIZADOS				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización			
☐ Urgencias	Servicio	HOSPITALIZACION	Cama	0
Manejo Integral Según Guía de:				
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad	
10A002	1	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL		

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-11-12	Hora:	13:33
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Reclamo de liqueta, bono o vale de pago
☐ Cuota Moderadora			☐
☒ Copago		0.00 \$	Porcentaje (%)
☐ Cuota de Recuperación			Valor Máximo (Tope) en pesos
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 12/11/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

30/11/1958 Edad: 62 años, 11 meses y 12 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
08 ESTANCIAS			
10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	1		

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 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

Dír y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 8 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Controlo: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
06 ESTANCIAS			
110A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	1		

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3983886

Fecha: 07/12/2021

Hora: 15:08:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS/03
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
		Municipio	MONTERIA
Correo:	utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021		
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
AVILA	GARCIA	JUVENAL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		70526346	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	30/11/1958	
		Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA		
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN DE URABA
Teléfono Celular		Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización				
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización			
☐ Urgencias				
Servicio		HOSPITALIZACION	Cama	

Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
110A01	1	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-12-07	Hora:	16:08
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Celular:

FOM 06/12/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 23 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
399804 HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA

1 5.500.000,00 5.500.000,00

Total Servicios: 5.500.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

4004963

Fecha: 21/12/2021

Hora: 20:49:19

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA 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 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	23 Municipio
			MONTERIA 001
Correo: utsumicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021	
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE

VILA	GARCIA	JUVENAL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		70526346	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	30/11/1958	Edad
		Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO
Dirección de Residencia Habitual		SAN JUAN DE URABA	
Departamento	ANTIOQUIA	05 Municipio	SAN JUAN DE URABA
Teléfono Celular		Correo Electrónico	658

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio
☐ Urgencias	HOSPITALIZACION
Cama 00	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	1
Cantidad	1
Descripción	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-12-21

Hora: 20:49

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje 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
Reclamo de liquete, bono o vale de pago	☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos
☐ Cuota Moderadora		
☒ Copago		0.00 \$
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		
Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA.

Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FORM 21/12/2021 VALIDA PARA
399804 1 HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Página 1 de 1

Firma del Paciente



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

Dlr y Tel : CALLE 1 N° 4-50 239968

30/11/1958 Edad : 63 años, 0 meses y 21 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
399804 HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA

1 5.500.000,00 5.500.000,00

Total Servicios: 5.500.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3995780

Fecha: 14/12/2021

Hora: 21:53:50

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPS	EPS03
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	3137784435 Departamento	CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
correo:	ulsumecol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE

VILA	GARCIA	JUVENAL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		70526346	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	30/11/1958	Edad
Dirección de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA		SUBSIDIO TOTAL	
Departamento ANTIOQUIA		MODALIDAD SUBSIDIO	
teléfono Celular	Correo Electrónico	05	Municipio SAN JUAN DE URABA 659

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
90402	1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-12-14

Hora: 21:53

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje 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
Recaudado del prestador	Concepto	Valor en pesos
☐ Cuota Moderadora		
☒ Copago		0.00 \$
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		
Reclamo de ticket, bono o vale de pago		☐
Porcentaje (%)		Valor Máximo (Tope) en pesos
0.00 %		

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

399804 1 HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA 14/12/2021

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
14/12/2021
5:34:02 p. m.

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Orden de Servicios No. 2645

30/11/1958 Edad : 63 años, 0 meses y 17 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

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

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT
Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459



04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

131002 GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) 1 2.625.000,00 2.625.000,00

Total Servicios: 2.625.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3995738

Fecha: 14/12/2021

Hora: 19:05:31

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPSI03
FORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)	NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	C.C. ☐ Número	
Código 901418364	Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento CORDOBA	Municipio MONTERIA
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.com	Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE

VILA	GARCIA	JUVENAL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		70528346	
☒ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	30/11/1958	Edad
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
Dirección de Residencia Habitual SAN JUAN DE URABA			Modalidad SUBSIDIO
Departamento ANTIOQUIA	Municipio SAN JUAN DE URABA	Teléfono	
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio HOSPITALIZACION	Cama
☐ Urgencias			
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
31002	1	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-12-14

Hora: 19:05

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %		100
Mantención de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización		0
Reclamo de liquete, bono o vale de pago ☐		
Recaudado del prestador	Concepto	Valor en pesos
☐ Cuota Moderadora		
☒ Copago		0.00 \$
☐ Cuota de Recuperación		
☐ Otro		
		Porcentaje (%)
		0.00 %
		Valor Máximo (Tope) en pesos

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	Teléfono
MARIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:

FORM 14/12/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
14/12/2021
5:24:36 p. m.

Usuario: CC 70526346 AVILA GARCIA JUVENAL

Orden de Servicios No. 2640

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

30/11/1958 Edad: 63 años, 0 meses y 17 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

399804 HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA

1 5.500.000,00 5.500.000,00

Total Servicios: 5.500.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007184

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF152323



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

Fecha Generación: 20.DIC.2021 9:48
Fecha Validación: 20.DIC.2021 9:48
Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022

Cubre Desde: 23.SEP.2021
Hasta: 23.SEP.2021

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Paciente: MUSLACO CASTILLO PETRONA

Consecutivo: 0102015732

No. Doc.: 39155825

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3212828063

Dirección: NECOCLI - NECOCLI

No. Poliza:

Médico: RICARDO JOSE SILGADO KERGUELEN

No. Autorización: 43640

Código	Descripción	Valor Total
01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

34,060.00

Subtotal 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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que el comprador está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al comprador. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1

FECHA: 20-12-21

RECIBE: [Firma]

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prellio ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f681767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Usuario: CC 39155825 MUSLACO CASTILLO PETRONA

Orden de Servicios No.

1384

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/08/1958 Edad: 63 años, 1 meses y 4 días

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

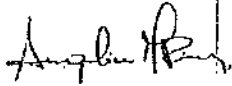
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

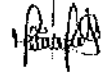
	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Subtotal
01	CONSULTAS			
890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			

Total Servicios:



ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010084901

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



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

Fecha Generación: 20.DIC.2021 14:24

Fecha Validación: 20.DIC.2021 14:24

Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022

Cubre Desde: 13.NOV.2021

Hasla: 13.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PEÑA MENDOZA CARMELA

No. Admisión: 0100590363

No. Doc.: 42654448

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3148044959

No. Poliza:

Dirección: VEREDA CANIME - ARBOLETES

No. Autorización: 3944155

Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	
Cirugia 441302C	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Valor Servicio Qx
39004	Grupo 06	232,600.00
01	CIRUGIAS GENERALES	232,600.00
Cirugia 452301C	COLONOSCOPIA TOTAL	Valor Servicio Qx
39008	Grupo 10	475,800.00
39212	Grupo 10	467,720.00
39304	GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	70,000.00
01	CIRUGIAS GENERALES	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

TOTAL

UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

1,246,120.00

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 vicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo de la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

Firma

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: 9000390128.6 Software: TFHKA_CO900390128 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

3944155

Fecha: 12/11/2021

Hora: 12:55:04

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 9014183841 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicot.eiceps2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
PEÑA		MENDOZA		CARMELA	
1er Apellido		2do Apellido		Ter Nombre	
Tipo Documento de Identificación		42654448		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☒ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		21/01/1948		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual ARBOLETES				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio ARBOLETES		051	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION Cama 00					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
890402		1		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-11-12		Hora: 12:55	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recabdo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 \$	
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
DIANA CAROLINA PAZ CERON					
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO				Teléfono Celular:	
FOM 11/11/2021 VALIDA PARA 441302 1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA 452301 1 Colonoscopia total					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1

Factura Electronica de Venta ONCF152783



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:18
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:20
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA			Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022
Teléfono:			Cubre Desde: 2.DIC.2021
E-Mail: ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com			Hasta: 11.DIC.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: JUMI SAPIA WILLER			No. Admisión: 0100595456
No. Doc.: 1039654124	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 320 534 2149	
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO		No. Poliza:	
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR		No. Autorización:	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	42,856.00
15	MEDICAMENTOS POS	6,911,716.00
Subtotal Area >>>		6,954,572.00
Area Funcional:	07 URGENCIAS	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	485,100.00
14	MATERIALES E INSUMOS	93,218.00
15	MEDICAMENTOS POS	31,720.00
19	LABORATORIO CLINICO	171,700.00
Subtotal Area >>>		781,738.00
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	
19	LABORATORIO CLINICO	10,400.00
Subtotal Area >>>		10,400.00
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
14	MATERIALES E INSUMOS	111,836.00
15	MEDICAMENTOS POS	126,880.00
19	LABORATORIO CLINICO	20,800.00
Subtotal Area >>>		259,516.00
Area Funcional:	16 CIRUGIA	
14	MATERIALES E INSUMOS	32,744.00
15	MEDICAMENTOS POS	45,974.00
Subtotal Area >>>		78,718.00
Area Funcional:	68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	39,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,052,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	238,323.00
15	MEDICAMENTOS POS	429,221.00
19	LABORATORIO CLINICO	454,900.00
Subtotal Area >>>		2,214,844.00
Area Funcional:	69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2	



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

Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:18
Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:20
Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022

Cubre Desde: 2.DIC.2021
Hasta: 11.DIC.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI Teléfono: 320 534 2149
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Admisión: 0100595456

No. Poliza:
No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	79,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	743,500.00
19	LABORATORIO CLINICO	95,400.00
99	QUIMIOTERAPIA	541,100.00

Subtotal Area >>> 1,459,200.00

Area Funcional: 73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2

01	CIRUGIAS GENERALES	350,005.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	158,400.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,085,500.00
14	MATERIALES E INSUMOS	426,430.00
15	MEDICAMENTOS POS	426,791.00
19	LABORATORIO CLINICO	315,400.00

Subtotal Area >>> 2,762,526.00

Area Funcional: 74 HOSPITALIZACION PISO 3 T1

15	MEDICAMENTOS POS	45,967.00
----	------------------	-----------

Subtotal Area >>> 45,967.00

VALOR SERVICIOS:	14,567,481.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	14,567,481.00

CUFE:9dd5d504de990727754c16fc70527aee74fcbec76c54dd33fc2fcbcd641845e271fbaddb0482e63bb25130c7c37b9661

Factura Electronica de Venta ONCF152783



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		Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:18 Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:20 Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022 Cubre Desde: 2.DIC.2021 Hasta: 11.DIC.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER No. Doc.: 1039654124 Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	Tipo Doc.: TI Teléfono: 320 534 2149	No. Admisión: 0100595456 No. Poliza: No. Autorización:
---	---	---

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		
CATORCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS		14,567,481.00

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: FACTURACIÓN UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 03-01-22 RECIBE:	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la conformidad del contratante. Recibi conforme la mercancía. 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3978973

Fecha: 04/12/2021

Hora: 17:49:57

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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumecol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
JUMI		SAPIA		WILLER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		2do Nombre		1039654124	
☒ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				19/06/2014	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual		MURINDO		Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio MURINDO	
Teléfono Celular		Correo Electrónico		475	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
992505		1		POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	
Especialidad					
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 liquidez, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora		☒ Copago		0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación		☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
FOM 04/12/2021					
+992502 Quimioterapia Intratecal					
+033101 PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nif: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 5 meses y 18 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nif 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

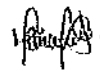
Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS			
033101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	1		
03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos			
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	1		
992505	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +	1		

Total Servicios:


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NII: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
3/12/2021
9:30:18

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2421

Dlr y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 5 meses y 16 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

1

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084901

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



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Identificación: NIT 901418364-1
Dirección: CL 42 10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA
Teléfono:
E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 20.DIC.2021 17:20
Fecha Validación: 20.DIC.2021 17:25
Fecha Vencimiento: 19.ENE.2022

Cubre Desde: 8.DIC.2021
Hasta: 20.DIC.2021

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100600497

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 320 534 2149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 50020632

Médico: SOL MARIA GONZALEZ PALMA

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	73 HOSPITALIZACIÓN PISO 4 T2	

16 MEDICAMENTOS NO POS

5,633,555.00

Subtotal Area >>>

5,633,555.00

VALOR SERVICIOS:

5,633,555.00

VALOR CCPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

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 CENTAVOS

5,633,555.00

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 los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:
INSTITUTO
MEDICO DE ALTA
TECNOLOGIA
oncomedica s.a.
Nit. 812.007.194-8

Firma

Firma

Se hace constar al comprador que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, contestar la deuda y pagar, en consecuencia, recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 03-01-22

RECIBE: *[Firma]*

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Fwd: MIPRES NO PBS - WILLER JUMI SAPIA ([PEGASPARGASA] 750UI/1ML / OTRAS SOLUCIONES) | IMAT ONCOMEDICA

Brian Escobar Rada <autorizaciones3@imatoncomedica.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 <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Para: SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

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 N°: **1039654124**

Paciente que se encuentra hospitalizado en la institución



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8° # 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 ONCF153226



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA

No. Admisión: 0100598649

No. Doc.: 42651839

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3136855063wap

Dirección: cll 1# 4-50 - MONTERIA

No. Poliza:

Médico: 0

No. Autorización: 2478

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	

19 LABORATORIO CLINICO

73,100.00

Subtotal Area >>>

73,100.00

VALOR SERVICIOS:

73,100.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

73,100.00

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 letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 30-12-2021

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2019 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: HKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Nit: 901418364-1 Código: 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. 2478

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

31/08/1952 Edad: 69 años, 3 meses y 14 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50. Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Designación	Cantidad	Valor Unitario	Sub Total
02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS]	1	16.300,00	16.300,00
903841 GLUCOSA EN SUERO - LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	9.800,00	9.800,00
902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1	23.800,00	23.800,00
902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1	23.200,00	23.200,00

Total Servicios: 73.100,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

42651839

Firma Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6° # 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 ONCF153798



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

Fecha Generación: 23.DIC.2021 13:18
Fecha Validación: 23.DIC.2021 13:18
Fecha Vencimiento: 22.ENE.2022

Cubre Desde: 25.NOV.2021
Hasta: 23.DIC.2021

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Paciente: TERAN CEBALLOS FREDY MANUEL
No. Doc.: 8201275 Tipo Doc.: CC
Dirección: B/LA PAZ-EL BAGRE ANTIOQUIA - ANTIOQUIA
Médico: 0

Teléfono: 3113181207

No. Admisión: 0100593623

No. Poliza:
No. Autorización: 2193

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	
19	LABORATORIO CLINICO	180,000.00
Subtotal Area >>>		180,000.00

VALOR SERVICIOS:	180,000.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	180,000.00

TOTAL
CIENTO OCHENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 180,000.00

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.

Afiliado:		Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y otorgar la garantía de pago de la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	FECHA: 28-12-21 RECIBE:

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: 800390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f861767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
23/11/2021
15:06:52

Usuario: CC 8201275 TERAN CEBALLOS FREDY MANUEL

Orden de Servicios No. 2199

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

20/02/1972 Edad: 49 años, 9 meses y 5 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 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

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
25/11/2021
9:16:29

Usuario: CC 8201275 TERAN CEBALLOS FREDY MANUEL
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Orden de Servicios No. 2193

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

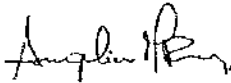
20/02/1972 Edad: 49 años, 9 meses y 5 días
NI 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996.

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

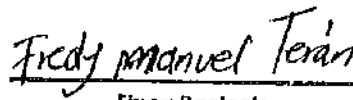
02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
898201 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +

1

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA ARGEL
Firma Realizó


Fredy Manuel Terán
Firma Paciente



Oncomedica S.A.

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

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF154053



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		Fecha Generación: 23.DIC.2021 17:45 Fecha Validación: 23.DIC.2021 17:45 Fecha Vencimiento: 22.ENE.2022 Cubre Desde: 10.SEP.2021 Hasta: 10.SEP.2021
No. Contrato: Código ERP:	Tipo Contrato: Evento Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Paciente: PEÑA BELTRAN ELIZABETH MARIA No. Doc.: 21587610 Tipo Doc.: CC Dirección: CLLA 1 N 4-50 - CACERES Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF		No. Admisión: 0100572321 No. Poliza: No. Autorización: 1102

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	66 UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	

14 MATERIALES E INSUMOS 2,138,288.00

Cirugia	434101C	LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS	Valor Servicio Qx
	39006	Grupo 08	272,600.00
	39210	Grupo 08	230,040.00
	39303	GRUPOS 07 - 08 - 09	70,000.00
01	CIRUGIAS GENERALES		572,640.00

Cirugia	441302C	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Valor Servicio Qx
	39004	Grupo 06	232,600.00
01	CIRUGIAS GENERALES		232,600.00

Subtotal Area >>> 2,943,528.00

VALOR SERVICIOS:	2,943,528.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	2,943,528.00

TOTAL
DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS CON CERO CENTAVOS 2,943,528.00

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: Firma	Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancia. Acepto esta factura. FACTURACIÓN UT SUM NIT 901418364-1 FECHA: 30-12-21 RECIBE: Firma
-------------------------------	-------------------------------	--

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



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

Fecha Orden
08/09/2021
11:09:04 a.m.

Usuario: CC 21587610 PEZA BELTRAN ELIZABETH MARIA

Orden de Servicios No. 1102

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

10/05/1967 Edad: 54 años, 3 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
--------	-------------	----------	----------------	-------------

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

441302 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA IEGDJ CON O SIN BIOPSIA

1 662,400.00 662,400.00

Total Servicios: 662,400.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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

Fecha Orden
07/09/2021
10:10:39 a. m.

Usuario: CC 21587610 PEZA BELTRAN ELIZABETH MARIA

Orden de Servicios No. 1128

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

10/05/1967 Edad: 54 años, 4 meses y 0 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

Detalle	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS			
423305 LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES ESOFAGICAS			

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF154115



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

Fecha Generación: 24.DIC.2021 8:52
Fecha Validación: 24.DIC.2021 8:53
Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022

Cubre Desde: 23.DIC.2021
Hasta: 23.DIC.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP:

Paciente: JUMI SAPIA WILLER
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI Teléfono: 320 534 2149
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO
Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Consecutivo: 0101948474

No. Poliza:
No. Autorización: 2741

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	110,000.00
--	------------

Subtotal Area >>>	110,000.00
-------------------	------------

VALOR SERVICIOS:	110,000.00
------------------	------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

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.

Afiliado:

Firma

Verificador

Firma

FACTURACIÓN UT SUMEICOL

Se hace constar que la firma electrónica es válida y que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cobro de la deuda conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 03-01-22

RECIBE: [Firma]

Firma

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
21/12/2021
5:20:44 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No.

2741

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 2 días

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

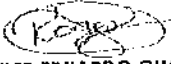
01 CONSULTAS

890352 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA
HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

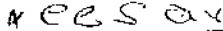
1 100.000,00 100.000,00

Total Servicios:

100.000,00


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó



Firma Paciente

X 1039654124



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8° # 72-34 ED. IMAT

7654344

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 ONCF154303



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 24.DIC.2021 12:42

Fecha Validación: 24.DIC.2021 12:42

Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022

Cubre Desde: 23.DIC.2021

Hasta: 23.DIC.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100601310

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 320 534 2149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Autorización: 2740

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	

19 LABORATORIO CLINICO

16,300.00

Subtotal Area >>>

16,300.00

VALOR SERVICIOS:

16,300.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

16,300.00

TOTAL

DIECISEIS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

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.

Afiliado:

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION U. SUMEICOL

NIT. 901418364-1

FECHA:

30-12-21

RECIBE:

Firma

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-b720-6cd9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 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 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 2 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Controla: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS)

1

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

11039653072

Factura Electronica de Venta ONCF154329



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	Fecha Generación: 24.DIC.2021 13:17 Fecha Validación: 24.DIC.2021 13:30 Fecha Vencimiento: 23.ENE.2022 Cubre Desde: 18.DIC.2021 Hasta: 22.DIC.2021
---	--

No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: JUMI JUMI GLORIA ISMENIA No. Doc.: 1045431524 Tipo Doc.: TI Dirección: VEREDA PIÑALES REGUARDO JAIKERASABI - MUTATA Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO	Teléfono: 3226504459 No. Poliza: No. Autorización: 4008132	No. Admisión: 0100600134
--	--	--------------------------

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

15	MEDICAMENTOS POS	126,221.00
----	------------------	------------

Subtotal Area >>>	126,221.00
-------------------	------------

Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
-----------------	------------------------------	--

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	79,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,014,800.00
14	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
-------	--	--------------

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: MEDICO IMAT NIT: 81207194-3	Se hace constar que la firma distinta al comprador, es la de una persona que está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante, de acuerdo a la mercancía. Acepto esta factura. FACTURACION SUMEICOL NIT: 901418364-1 FECHA: 21-01-22 RECIBE: [Firma]
--------------------	---	---

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Codigo: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden

23/12/2021

10:03:24 a. m.

Usuario: TI 3045431524 JUMI JUMI GLORIA ISMENIA

Orden de Servicios No. 2789

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

29/09/2010 Edad: 11 años, 2 meses y 26 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

4008132

Fecha: 23/12/2021

Hora: 18:44:21

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPSI03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT ☒	901418364	
Digito 9014183641	C.C. ☐	Número	
Dirección del Prestador	CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	Municipio
Correo: ulsumelcol.alcepsi2020@gmail.com	Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido	JUMI	Nombre	GLORIA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Documento de Identificación		1045431524	
Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		Edad
Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	29/09/2010	
Residencia Habitual	CI JAIKERAZABI	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MODALIDAD SUBSIDIO
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Atención del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio	HOSPITALIZACION
Urgencias	Cama
Atención Integral Según Guía de:	
CUPS Cantidad Descripción	Especialidad
001 1 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-12-23	Hora: 18:44	
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %	100		
Costos de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	0	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	☐
Costo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	0.00 %
☒ Copago			
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
IANA LUCIA GUALGUAN RUIZ	
Ocupación: AUX DE REFERENCIA	Teléfono Celular:

4 23/12/2021

Nombre del Paciente

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

Página 1 de 1



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

QUIMIOTERAPIA

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 ONCF155691



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

Fecha Generación: 30.DIC.2021 11:13
Fecha Validación: 30.DIC.2021 11:14
Fecha Vencimiento: 29.ENE.2022

Cubre Desde: 20.OCT.2021
Hasta: 17.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código ERP:

Paciente: CABARCA JULIO TENILDA ROSA

No. Admisión: 0100583406

No. Doc.: 43894561

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3162804446

No. Poliza:

Dirección: ANTIOQUIA - ANTICQUIA

No. Autorización: 3513911

Médico: ANGELICA MARIA JAYK BERNAL

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional: 02 QUIMIOTERAPIA

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	397,500.00
14	MATERIALES E INSUMOS	616,000.00
15	MEDICAMENTOS POS	2,570,300.00
99	QUIMIOTERAPIA	374,800.00

Subtotal Area >>> 3,958,600.00

VALOR SERVICIOS: 3,958,600.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 3,958,600.00

TOTAL

TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS ****

3,958,600.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que una persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante según la norma de mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-22
Firma

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: Credit

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

NÚMERO AUTORIZACIÓN MED:

0513011

Fecha: 06/10/2021

Hora: 16:58:27

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PACO		ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS: 03	
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (Adgoz. del)					
Inscripción al CENSO AL SUMINISTRO		☐ DUY ☐ 901412304 ☐ C.C. ☐ Número			
Código 901412304		Dirección del Prestador: CALLE 42-19A 36 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 517741435		Departamento: CORDOBA		Municipio: MONTERIA	
Código 517741435		RECEPCIÓN DE LA SALUD MEDIANA ALTA COMPLEJO			

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido	JULIO	Apellido	ROSA
Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo Documento de Identificación		Número	
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Cédula de Extranjería ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Aduldo Sin Identificación ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor Sin Identificación		Ha Documento de Identificación 501412304 Fecha de Nacimiento SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO	

Dirección de Residencia Habitual: EL RAGRE		Teléfono	
Departamento: ANTIOQUIA		Municipio: EL RAGRE	
Yacimiento: 250			
Yacimiento Celular		Como Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente y momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización ☐ Servicio ☐ Otros	
Atención farmacológica y/o de:	
Código CUPS	Descripción
092505	PS TERAPIA ANTIDOTASICA EN ALTA TOXICIDAD
Especialidad	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 165	Fecha: 06/10/2021	Hora: 2:09
---------------------------------	-------------------	------------

PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100			
Sumatoria de cobros del paciente a la solicitud de la autorización			
Recaudo del prestador			
Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Alícuota (Total en pesos)
☐ Cuota Moderadora ☐ Cobro ☐ Cuota de Recuperación ☐ Otro	15.000	100	15.000

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
EDLA ANDRADE	
Código de identificación	Teléfono celular

Item 04/10/2021 SE AUTORIZA MEDICAMENTOS PMS para el Tratamiento y AUTORIZACIÓN	
---	--

Firma del Paciente
 43894561

Este es un sistema de datos e información
 Solo vale en la EPS autorizada
 SUCIED AUTODIAGNOSTICA S.A. VALORES DE 00/01/2021



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. 6 de 13/01/2020
No somos autorretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF156363



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS			Fecha Generación: 3.ENE.2022 15:41
Identificación: NIT 901418364-1			Fecha Validación: 3.ENE.2022 15:48
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA			Fecha Vencimiento: 2.FEB.2022
Teléfono:			Cubre Desde: 11.DIC.2021
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Hasta: 24.DIC.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato:Evento	Otro	Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH	No. Admisión: 0100598091
No. Doc.: 1040499859	Tipo Doc.: TI
Teléfono: 3117047998	No. Poliza:
Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIOQUIA	No. Autorización: 2644
Médico: JAIME ALFONSO POLO MARTINEZ	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

14	MATERIALES E INSUMOS	51,023.00
15	MEDICAMENTOS POS	2,825,974.00

Subtotal Area >>> 2,876,997.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	468,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	3,044,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	783,560.00
15	MEDICAMENTOS POS	2,047,132.00
19	LABORATORIO CLINICO	271,000.00
99	QUIMIOTERAPIA	374,800.00

Subtotal Area >>> 6,989,092.00

Area Funcional: 15 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1

01	CIRUGIAS GENERALES	636,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	552,370.00
19	LABORATORIO CLINICO	45,200.00
99	QUIMIOTERAPIA	332,800.00

Subtotal Area >>> 1,566,170.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

14	MATERIALES E INSUMOS	94,503.00
15	MEDICAMENTOS POS	26,790.00

Subtotal Area >>> 121,293.00

Area Funcional: 70 HOSPITALIZACION PISO 5 T2

01	CIRUGIAS GENERALES	2,850,000.00
----	--------------------	--------------

Subtotal Area >>> 2,850,000.00

VALOR SERVICIOS:	14,203,552.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	14,203,552.00



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. 6 de 13/01/2020

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

Factura Electronica de Venta ONCF156363



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

Fecha Generación: 3.ENE.2022 15:41

Fecha Validación: 3.ENE.2022 15:46

Fecha Vencimiento: 2.FEB.2022

Cubre Desde: 11.DIC.2021

Hasta: 24.DIC.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996

No. Admisión: 0100598091

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIOQUIA

Médico: JAIME ALFONSO POLO MARTINEZ

No. Poliza:

No. Autorización: 2544

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL		

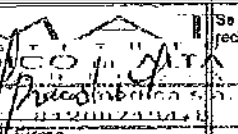
CATORCE MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** 14,203,552.00

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.

Afilado:

Firma

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprobante de pago, que toda persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al deudor conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-2022

RECIBE: M. J. R. L.

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 2932

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 5 meses y 4 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

4/01/2022
11:56:08 a. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No.

2002

Dí y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 28 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 574 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7054344

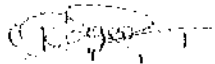
04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

399902 RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE

1 2.650.000,00 2.650.000,00

Total Servicios:

2.650.000,00


ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
15/12/2021
5:28:57 p. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 2644

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 9 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

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

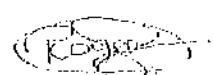
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

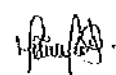
Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos	
992502	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	1
04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	
033101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	2

Total Servicios:


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
21/12/2021
10:19:30 a.m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 2749

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 15 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 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 Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
7/12/2021
15:11:10

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

Orden de Servicios No. 2484

Administradora: EPS103 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

7/08/2007 Edad: 14 años, 4 meses y 0 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

03 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS no Quirúrgicos
992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +
MEDICAMENTOS PBS + APLICACION DE MEDICAMENTOS

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 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

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicapsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 30.DIC.2021 12:23

Fecha Validación: 30.DIC.2021 12:23

Fecha Vencimiento: 29.ENE.2022

Cubre Desde: 24.NOV.2021

Hasta: 24.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100593038

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 2166

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	05 LABORATORIO CLINICO	
19	LABORATORIO CLINICO	16,300.00
Subtotal Area >>>		16,300.00
VALOR SERVICIOS:		16,300.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		16,300.00

TOTAL

DIECISEIS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

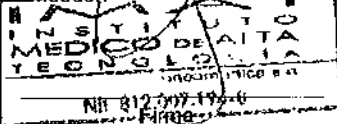
16,300.00

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.

Afiliado:

Firma

Vendedor



Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir con plena mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA:

03-1-22

Firma

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2020 Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-6 Software: TPHA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados 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 06:15:21 | 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 aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia 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 bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara 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 usuarios.

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 8ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 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 ONCF157889



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 6.ENE.2022 9:15
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 6.ENE.2022 9:15
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 5.FEB.2022
Teléfono:		Cubre Desde: 6.NOV.2021
E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com		Hasta: 6.NOV.2021
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	

Paciente: RUA PAREJA GABRIEL ANGEL	No. Admisión: 0100588150
No. Doc.: 3602386	Tipo Doc.: CC
Dirección: CALIMA ZARAGOZA - ZARAGOZA	Teléfono: 31373919767
Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA	No. Poliza:
	No. Autorización: 1920

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	66 UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	

01 CIRUGIAS GENERALES	5,830,000.00
-----------------------	--------------

Subtotal Area >>>	5,830,000.00
-------------------	--------------

VALOR SERVICIOS:	5,830,000.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	5,830,000.00

TOTAL	
CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS ****	5,830,000.00

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.

Afiliado:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador, su representante o persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cumplimiento de la misma conforme la mercancía. Acepto esta factura.
	IMAT ONCOMEDICA	FACTURACION SUMEICOL
	NIT. 812.007.194-8	NIT. 901418364-1
Firma	Firma	FECHA: 21-01-22
		RECIBE: [Firma]

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



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

Fecha Orden

4/11/2021

15:58:23

Usuario: E.C. 3602386 RUA PAREJA GABRIEL ANGEL

Orden de Servicios No.

1952

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

24/09/1947 Edad: 74 años, 1 meses y 10 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

511000 COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD

1 5,830,000.00 5,830,000.00

Total Servicios:

5,830,000.00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

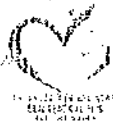
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Gabriel Angel Rúa

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

24/09/1947 Edad: 74 años, 1 meses y 8 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA IMAT

Dirección y Teléfono: CL 72 6 A 87 Teléfono: 3146303459

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

511000 COLEANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD

1

Total Servicios:

ANGEL A MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Gabriel Angel Rúa
Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 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 ONCF158262



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.afcepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 6.ENE.2022 16:02

Fecha Validación: 6.ENE.2022 16:02

Fecha Vencimiento: 5.FEB.2022

Cubre Desde: 4.ENE.2022

Hasta: 4.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100804025

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

No. Autorización: 53380895

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

16 MEDICAMENTOS NO POS

5,633,555.00

Subtotal Area >>>

5,633,555.00

VALOR SERVICIOS:

5,633,555.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

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 CENTAVOS

5,633,555.00

La presente factura electrónica de venta de compraventa se asienta 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:

Vendedor:

IMAT ONCOMEDICA
NIT 812007194-8

Firma

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse por valores. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION SUMEICOL
NIT. 901418364-1
FECHA: 20-1-22
RECIBE: [Firma]

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2023 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT: 900390126-8 Software: TFHKA_CO900390126
vareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Trazabilidad de la Prescripción

Fecha Direccionamiento (AAAA/MM/DD)
2021-12-31
Nro. Prescripción
20211231140032401540

DATOS DEL PRESTADOR

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 WILKER	Documento de Identificación: RC 1039654124	Ámbito Atención: Hospitalario - internación
Diagnóstico Principal: C910-Leucemia linfoblástica aguda [LLA]	Número Historia Clínica: 1039654124	Usuario Régimen:

PROFESIONAL TRATANTE

Nombre: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ	Documento de Identificación: CC 33378491	Registro Profesional: 09508
--------------------------------------	---	--------------------------------

DATOS DE LA TECNOLOGÍA O SERVICIO

Tecnología o Servicio Prescrito: [PEGASPARGASA] 750UI/ml	Tipo de Tecnología: Medicamento	Cantidad Prescrita: 1
No. Prescripción: 20211231140032401540	Fecha de Prescripción: 2021-12-31	Asegurador Prescripción Inicial: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC

INFORMACIÓN REPORTES

Entrega Hospitalaria	Reporte Entrega
No Entrega: 1 Id: 69469665 Id Entrega: 53380895 Tecnología Entregada: 20105447-01 Ent Total: SI Cantidad Entregada: 1 Fecha de Entrega: 2022-01-04 Dispensado por: Zamira María Cogollo Cordero	Id: 69469665 Id Reporte Entrega: 51124526 Valor Entrega: \$ 5633555 Entrega Reportada por: Zamira María Cogollo Cordero

Reporte Factura

Id: 34230469 Id Facturación: 36734040 Asegurador: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA - AIC No. Factura: 1b7477f088fd3b90b6919820a3b755800032eda00f2a3b3e5a3d82911f822603200b97fe7d00337605f6790470878b Valor Facturado: 5633555 Cuota Moderadora: 0 Copago: 0 Factura Reportada por: Alfredo Enrique Miranda Roqueme
--



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

Fecha Generación: 6.ENE.2022 16:28

Fecha Validación: 6.ENE.2022 16:33

Fecha Vencimiento: 5.FEB.2022

Cubre Desde: 29.DIC.2021

Hasta: 6.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100602412

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

Médico: LLIANIS CARABALLO FLOREZ

No. Autorización: 2742

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 Funcional: 07 URGENCIAS

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

39,600.00

14 MATERIALES E INSUMOS

10,665.00

19 LABORATORIO CLINICO

178,400.00

Subtotal Area >>>

228,665.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

01 CIRUGIAS GENERALES

318,000.00

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

407,641.00

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

2,462,500.00

14 MATERIALES E INSUMOS

446,530.00

15 MEDICAMENTOS POS

1,096,329.00

19 LABORATORIO CLINICO

161,400.00

99 QUIMIOTERAPIA

557,900.00

Subtotal Area >>>

5,450,300.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

19 LABORATORIO CLINICO

24,900.00

Subtotal Area >>>

24,900.00

VALOR SERVICIOS:

10,520,924.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

10,520,924.00



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 autoretenedores. No estamos Exentos de retención en la fuente

Factura Electronica de Venta ONCF158298

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418384-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 6.ENE.2022 16:28

Fecha Validación: 6.ENE.2022 16:33

Fecha Vencimiento: 5.FEB.2022

Cubre Desde: 29.DIC.2021

Hasta: 6.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100602412

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

Médico: LLIANIS CARABALLO FLOREZ

No. Autorización: 2742

Código	Descripción	Valor Total
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 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:

IMAT ONCOMEDICA
NIT 812007194-8

Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprobante, que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al pago, en conformidad a la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION SUMEICOL
NIT. 901418384-1

FECHA: 21-01-22

RECIBE: M27 M.L.

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 31/12/2023. 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2915

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 19 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:



ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2893

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 17 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

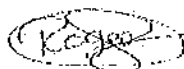
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

06 ESTANCIAS

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE

1

Total Servicios:



ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2913

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 19 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898103 ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA +

20

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

1

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

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
21/12/2021
5:22:44 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2742

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 2 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

992505 POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO) +
MEDICAMENTOS PBS + APLICACION

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
21/12/2021
5:23:25 p. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2743

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 2 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084901

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 ONCF158831

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

Fecha Generación: 7.ENE.2022 14:36
Fecha Validación: 7.ENE.2022 14:36
Fecha Vencimiento: 6.FEB.2022

Cubre Desde: 6.ENE.2022
Hasta: 6.ENE.2022

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PADILLA SOTO NALFY No. Admisión: 0100603959
No. Doc.: 1045144777 Tipo Doc.: CC Teléfono: 3159996258
Dirección: CALLE 1 N° 4-50-B/ LA ESMERALDA - ZARAGOZA No. Poliza:
Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF No. Autorización: 2899

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	

01 CIRUGIAS GENERALES	5,830,000.00
-----------------------	--------------

Subtotal Area >>>	5,830,000.00
-------------------	--------------

VALOR SERVICIOS:	5,830,000.00
------------------	--------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

VALOR TOTAL FACTURA:	5,830,000.00
----------------------	--------------

TOTAL
CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS *****

5,830,000.00

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.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi con buena fe y conciencia. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-22

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-b720-6cd19f661787

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Codigo: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
31/12/2021
4:23:04 p. m.

Usuario: CC 1045144777 PADILLA SOTO NALFY
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 2099
17/11/1997 Edad: 24 años. 1 meses y 19 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344



04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	
511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) SOD	1
518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	1
	VALOR \$5.830.000 BAJO COTIZACION	

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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



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

Fecha Generación: 8.ENE.2022 12:39

Fecha Validación: 8.ENE.2022 13:00

Fecha Vencimiento: 7.FEB.2022

Cubre Desde: 16.OCT.2021

Hasta: 19.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: PEÑA MENDOZA CARMELA

No. Admisión: 0100582900

No. Doc.: 42854448

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3148044959

Dirección: VEREDA CANIME - ARBOLETES

No. Poliza:

Médico: KATTELYN JOHANA MACHADO CALLEJAS

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	07 URGENCIAS	

19 LABORATORIO CLINICO

128,500.00

Subtotal Area >>>

128,500.00

Area Funcional: 70 HOSPITALIZACION PISO 5 T2

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

118,800.00

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

507,400.00

14 MATERIALES E INSUMOS

75,323.00

15 MEDICAMENTOS POS

178,029.00

19 LABORATORIO CLINICO

337,600.00

Subtotal Area >>>

1,217,152.00

Area Funcional: 74 HOSPITALIZACION PISO 3 T1

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

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

TOTAL

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.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma del emisor convalida que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al cumplimiento de la obligación. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FECHA: 03-2-22

RECIBE: [Firma]

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-b720-6cd19f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

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@imatoncommedica.com>;

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: 316-868-2835

El dom, 17 oct 2021 a las 6:32, urgencias (<urgencias@imatoncommedica.com>) 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

19/11/22 15:40

Correo - urgencias@imatoncomedica.com

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>;

📎 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: 316-868-2325

El dom, 17 oct 2021 a las 6:32, urgencias (<urgencias@imatoncomedica.com>) 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

<https://mex09.emailsrv.com/owa/#path=/mail/search>

De: urgencias

Enviado: domingo, 17 de octubre de 2021 5:50 a. m.

Para: autorizacionutsumeicol@gmail.com; autorizacionessrcr@aic.salud.org.co; siau.utsumeicol@gmail.com

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION PACIENTE CARMELA PEÑA MENDOZA ANEXO 3 IMAT ONCOMEDICA S.A

Buenos días.

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 CUPS10A002 a partir del día 16 de octubre de 2021.

Gracias.

Att:

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 : 1 Fecha 20/10/2021 Hora : 23:51

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 : 0100582900 Fecha de nacimiento : 21/01/1948

Nombre CARMELA PEÑA MENDOZA

Tipo documento : CC Número : 42654448

Dirección : VEREDA CANIME Teléfono: 3148044959

Dpto: (05) ANTIOQUIA Ciudad: (051) ARBOLETES Zona : U

Clase Afiliación: NV Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 516A Tipo servicio solicitado : Posterior A atención inicial de Prioridad Atención : NV

Código CUPS Cantidad Descripción servicio

10A002 3 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación clínica SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION DEL DIA 17 AL 19 DE OCTUBRE DEL AÑO 2021.ADJUNTO HISTORIA CLINICA

Dx. Principal : K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1 : D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO

Dx. Relacionado 2 : I500 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Dx. Relacionado 3 :

Solicita : JESPITIAR

Cargo : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 7854344

Celular : 3205439470



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF159855



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

Fecha Generación: 11.ENE.2022 16:11

Fecha Validación: 11.ENE.2022 16:12

Fecha Vencimiento: 10.FEB.2022

Cubre Desde: 8.SEP.2021

Hasta: 12.SEP.2021

No Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: CORREA ALEMAN OSCAR

No. Admisión: 0100571306

No. Doc.: 15303408

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3148575849

Dirección: CRA 5 N 18 56 LOMA FRESCA - CAUCASIA

No. Poliza:

Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA

No. Autorización: 3842976

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	16 CIRUGIA	

01 CIRUGIAS GENERALES

9,010,000.00

Subtotal Area >>>

9,010,000.00

Area Funcional: 70 HOSPITALIZACION PISO 5 T2

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

598,405.00

07 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION

89,200.00

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

651,300.00

14 MATERIALES E INSUMOS

255,593.00

15 MEDICAMENTOS POS

1,289,633.00

19 LABORATORIO CLINICO

393,800.00

21 GASES MEDICINALES

30,240.00

27 TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS

329,500.00

Subtotal Area >>>

3,637,671.00

VALOR SERVICIOS:

12,647,671.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

12,647,671.00

TOTAL

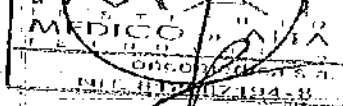
DOCE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON CERO CENTAVOS

12,647,671.00

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:

Vendedor:



Firma

Firma

Se hace constar que la firma de JOSE CARLOS PADILLA LORA está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a pagar la mercancía. Acepto esta factura.

FECHA: 11.ENE.2022

RECIBE: [Firma]

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-b720-6cd9f661767

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

3835228

Fecha: 04/09/2021

Hora: 21:34:35

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				NIT ☒	901418364
Código 9014183641 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES				C C ☐	Número
Teléfono 3137764435 Departamento		CORDOBA		Municipio	MONTERIA
Correo: ulsumeicol.bicepsl2020@gmail.com Contrato: 524-2021					
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
CORREA		ALEMAN		OSCAR	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				15303408	
Tipo Documento de Identificación		Pasaporte		No Documento de Identificación	
☐ Registro Civil		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
☐ Tarjeta de Identidad		☐ Menor Sin Identificación		14/04/1953	
☒ Cédula de Ciudadanía				SUBSIDIO TOTAL	
Dirección de Residencia Habitual CAUCASIA				MODALIDAD SUBSIDIO	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio CAUCASIA		Teléfono	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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			Especialidad
890402	1	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS			
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1					
Fecha: 2021-09-04 Hora: 21:34					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %					
100					
Amanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización					
0					
Reclamo de ligue, 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					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfono		
ORIANA LUCIA GUALGUAN RUIZ					
Cargo o actividad: AUX DE REFERENCIA			Teléfono Celular:		
FORM 04/09/2021					
ORDEN VALIDA PARA					
149501 1 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS Y/O FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS]					

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



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3842976

Fecha: 09/09/2021

Hora: 10:46:10

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435 Departamento	CORDOBA	Municipio
Correo:	ulsumeicol.afcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021 RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE			
CORREA	ALEMAN	OSCAR	

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
		15303408	
Tipo Documento de Identificación		No Documento de Identificación	Edad
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte		
☐ Cédula de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación		
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	14/04/1953	SUBSIDIO TOTAL
		Fecha de Nacimiento	MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	CAUCASIA	Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio
Teléfono Celular	Correo Electrónico	CAUCASIA

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio
☐ Urgencias	HOSPITALIZACION
Cama	
00	

Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad Descripción
849501	1 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISP DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR TIBIA Y PERC
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-09-09	Hora:	10:46
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
DIANA CAROLINA PAZ CERON	
Cargo o actividad: ATENCION COMUNERO	Teléfono Celular:

FOM 08/09/2021

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



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

Fecha Orden
09/09/2021
11:47:55 a. m.

Usuario: CC 15303408 CORREA ALEMAN OSCAR

Orden de Servicios No. 1117

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

14/04/1953 Edad: 68 años, 4 meses y 25 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
849501 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS Y/O FIJACION INTERNA

Total Servicios: 1

ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



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 ONCF160170

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

Fecha Generación: 12.ENE.2022 11:28

Fecha Validación: 12.ENE.2022 11:41

Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022

Cubre Desde: 12.ENE.2022

Hasta: 12.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH

No. Doc.: 1040499859

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3117047996wap

Consecutivo: 0102101630

Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

No. Autorización: 2926

Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 08	IMAGENOLOGIA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	110,000.00
Subtotal Area >>>		110,000.00
VALOR SERVICIOS:		110,000.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
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.

Afiliado:

Vendedor:

INSTITUTO
MEDICO DE ALTA
TECNOLOGIA
NIT. 812.007.194-8 Oncomedica S.A.

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF148567 al ONCF200000. Proveedor tecnológico: The Factory HKA Colombia NIT 000390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

11/01/2022
2:40:44 p. m.

Usuario: TI 1040499859 ROMERO SERPA KAREN LICETH

Orden de Servicios No. 2926

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

7/08/2007 Edad: 14 años, 5 meses y 4 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

CÓDIGO		DESCRIPCION		CANTIDAD		VALOR UNITARIO		VALOR TOTAL	
01	CONSULTAS								
890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA			1		100.000,00		100.000,00	
	HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA								
Total Servicios:								100.000,00	

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2

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

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

Factura Electronica de Venta ONCF160241



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

Fecha Generación: 12.ENE.2022 14:00

Fecha Validación: 0:00

Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022

Cubre Desde: 22.OCT.2021

Hasta: 22.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código ERP:

No. Admisión: 0100584173

Paciente: LOPEZ ANAYA MARIA CLARIVEL

No. Doc.: 34998154

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3105036768

No. Poliza:

Dirección: CLL 1 N.4-50 MONTERIA - MONTERIA

No. Autorización: 1421

Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	
Cirugía 441302C	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Valor Servicio Qx
39004	Grupo 06	153,790.00
39208	Grupo 06	163,807.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	45,500.00
01 CIRUGIAS GENERALES		363,097.00

Subtotal Area >>> 363,097.00

VALOR SERVICIOS: 363,097.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 363,097.00

TOTAL

TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVENTA Y SIETE PESOS CON CERO CENTAVOS **** 363,097.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador es la de una persona autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante, según conforma la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

IMAT ONCOMEDICA
NIT 812 007 194-8

FACTURACIÓN
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-22

RECIBE: M. G. H.

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

• Usuario: CC 34998154 LOPEZ ANAYA MARIA CLARIBEL

Orden de Servicios No. 1421

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 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 N° 4-50 Teléfono 239961

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

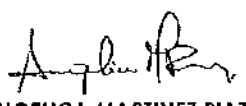
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

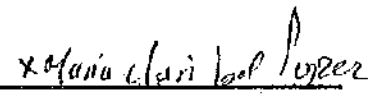
441302 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA IEGDJ CON O SIN BIOPSIA

1

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó


Firma Paciente

160241



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF160253



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

Fecha Generación: 12.ENE.2022 14:14
Fecha Validación: 12.ENE.2022 14:16
Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022

Cubre Desde: 23.OCT.2021
Hasta: 23.OCT.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP: Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JIMENEZ PEREZ CRISTINA ROSA
No. Doc.: 34974480 Tipo Doc.: CC
Dirección: CLL 1 N.4-50 ARBOLETES ANTIOQUIA - ARBOLETES
Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF

Teléfono: 239988

No. Admisión: 0100584459

No. Poliza:
No. Autorización: 1695

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	
Cirugía 452301C	COLONOSCOPIA TOTAL	Valor Servicio Qx
39008	Grupo 10	309,270.00
39212	Grupo 10	304,018.00
39304	GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	45,500.00
01 CIRUGIAS GENERALES		658,788.00

Subtotal Area >>> 658,788.00

VALOR SERVICIOS:	658,788.00
VALOR COPAGOS:	0.00
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 **** 658,788.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador, suena al nombre de la persona que está autorizada para firmar y recibir, conlleva la deuda y obligación de pago de la mercadería. Acepto esta factura.

Firma

IMAT ONCOMEDICA
NIT. 812007194-8

FECHA: 21-01-22

RECIBE: [Firma]

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: 800390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



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

Verificar plan

Fecha Orden
16/10/2021
17:33:54

Usuario: CC 34974480 JIMENEZ PEREZ CRISTINA ROSA

Orden de Servicios No.

1695

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

24/07/1958 Edad: 63 años, 2 meses y 23 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

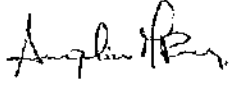
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

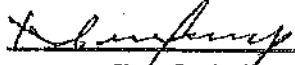
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS
452301 COLONOSCOPIA TOTAL

Total Servicios:


ANGELICA MARTINEZ RIAZA
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó


Firma Paciente

160257



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF160261



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

Fecha Generación: 12.ENE.2022 14:21

Fecha Validación: 0.00

Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022

Cubre Desde: 2.NOV.2021

Hasta: 2.NOV.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código ERP:

No. Admisión: 0100586745

Paciente: GALVAN SANCHEZ ELOISA SARAMI

No. Doc.: 43823657

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3137764435

Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA

No. Poliza:

No. Autorización: 1822

Médico: GUSTAVO ANDRES DIAZ NESSIF

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 66	UNIDAD ENDOSCOPIA PISO 2 T2	
Cirugía 452301C	COLONOSCOPIA TOTAL	Valor Servicio Qx
39008	Grupo 10	309,270.00
39212	Grupo 10	304,018.00
39304	GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	45,500.00
01 CIRUGIAS GENERALES		658,788.00

Subtotal Area >>> 658,788.00

VALOR SERVICIOS: 658,788.00

VALOR COPAGOS: 0.00

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 **** 658,788.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-01-22

RECIBE: [Firma]

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



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
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 1822
2/07/1977 Edad: 44 años, 3 meses y 23 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS	1
452302	COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON EQUIPO FLEXIBLE +	

Total Servicios:

ELICA MARTINEZ RÍAZA
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

x
Firma Paciente

160261



Oncomedica S.A.

NIT: 812007184

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - 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

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumacol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 12.ENE.2022 16:05

Fecha Validación: 12.ENE.2022 16:06

Fecha Vencimiento: 11.FEB.2022

Cubre Desde: 5.ENE.2022

Hasta: 7.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

No. Admisión: 0100603704

Paciente: DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO

No. Doc.: 1038097665

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3113642751

No. Poliza:

Dirección: VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCASIA

Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	73 HOSPITALIZACION PISO 4 T2	

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	391,905.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	478,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	50,510.00
15	MEDICAMENTOS POS	390,214.00
19	LABORATORIO CLINICO	18,000.00

Subtotal Area >>> 1,328,629.00

VALOR SERVICIOS: 1,328,629.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 1,328,629.00

TOTAL

UN MILLON TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

1,328,629.00

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:

Vendedor:

Firma

Se hace constar que la firma digital es válida y que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL

FECHA: 02.2.22

RECIBE:

Firma

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-b720-6cdf9661767

Forma de Pago: Crédito

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 : 8 Fecha : 08/01/2022 Hora : 17:38

INFORMACION DEL PRESTADOR

ONCOMEDICA S.A.

NIT : 812007194

CRA 6 # 72-34 Ed. IMAT

Código : 230010094901

Teléfono : 7854344

Entidad a la que se Informa (Pagador) :

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código :

SOLICITANTE

No. Admisión : 0100603704.

Fecha de nacimiento : 28/04/2005

Nombre : LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO

Tipo documento : TI Número : 1038097666

Dirección : VEREDA EL TIGRE 1

Teléfono : 3113642751

Dpto: (05) ANTIOQUIA

Ciudad: (154) CAUCASIA

Zona : R

Clase Afiliación: NV

Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 407

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

Código CUPS Cantidad Descripción servicio

10A002 1 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación clínica : 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

Teléfono : 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

Teléfono : 7854344

Entidad a la que se Informa (Pagador) :

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código :

SOLICITANTE

No. Admisión : 0100603704

Fecha de nacimiento : 26/04/2005

Nombre : LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO

Tipo documento : TI Número : 1038097665

Dirección : VEREDA EL TIGRE 1

Teléfono: 3113642751

Dpto: (05) ANTIOQUIA

Ciudad: (154) CAUCASIA

Zona : R

Clase Afiliación: NV

Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 407

Tipo servicio solicitado : Posterior Atención inicial de Prioridad Atención : NV

Código CUPS

Cantidad

Descripción servicio

10A002

1

INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación clínica : SOLICITUD DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION A PARTIR DEL DIA 05 DE ENERO DE 2021, ADJUNTO HISTORIA CLINICA

Dx. Principal : J942 HEMOTORAX

Dx. Relacionado 1 :

Dx. Relacionado 2 :

Dx. Relacionado 3 :

Solicita : MMORENOM

Cargo : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 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	PROPIA
NOMBRE DEL PACIENTE	LUIS ALFREDO DIAZ OSORIO	I.D.	1.038.097.665

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VR. UNIT	VR. TOTAL
890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	1	\$ 110.000	\$110.000
890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	\$ 110.000	\$110.000
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1	\$ 110.000	\$110.000
SON: TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS MONEDA LEGAL			VR. BRUTO	\$330.000
			COOPAGO	
			PAGO COMPARTIDO	
			DCTO	
			VALOR TOTAL	\$330.000

Coordinador de Gestión de Cuentas Médicas



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. 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

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

Fecha Generación: 18.ENE.2022 16:31

Fecha Validación: 19.ENE.2022 9:17

Fecha Vencimiento: 17.FEB.2022

Cubre Desde: 7.ENE.2022

Hasta: 12.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

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:

No. Autorización:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional:	09	HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
-----------------	----	---------------------------	--

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	104,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	61,700.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	837,900.00
14	MATERIALES E INSUMOS	497,122.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,184,687.00
19	LABORATORIO CLINICO	127,200.00

Subtotal Area >>> 2,812,609.00

Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	579,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	276,767.00
15	MEDICAMENTOS POS	222,540.00
21	GASES MEDICINALES	93,394.00

Subtotal Area >>> 1,172,101.00

TOTAL

TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS CON CERO CENTAVOS ****

3,984,710.00

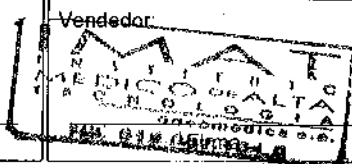
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma usante al computador, supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma



FECHA:

RECIBE:

Firma

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 : 1 Fecha 13/01/2022 Hora : 00:11

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 : 0100604308

Fecha de nacimiento : 05/11/2020

Nombre MILLER MECHA EVAO

Tipo documento : RC Número : 1042735301

Dirección : VIGIA DEL FUERTE - COMUNIDAD SALAO

Teléfono: 3127800817

Dpto: (05) ANTIOQUIA

Ciudad: (873) VIGIA DEL FUERTE

Zona : R

Clase Afiliación: NV

Localidad :

Origen de la atención : ENFERMEDAD GENERAL

Ubicación : UCI PEDIATRICA

Cama : 1 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención Inicial de Prioridad Atención : NV

Código CUPS

Cantidad

Descripción servicio

10A001 2 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Justificación clínica SOLICITUD DE AUTORIZACION DE ESTANCIAS HOSPITALARIA DE LOS DIAS 11 Y 12 DE ENERO 2022

Dx. Principal : E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA

Dx. Relacionado 1 :

Dx. Relacionado 2 :

Dx. Relacionado 3 :

Solicita : YAYALAV

Cargo : ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

Teléfono : 7854344

Celular : 3205439470



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF163646



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Fecha Generación: 22.ENE.2022 8:18
Identificación: NIT 901418364-1		Fecha Validación: 22.ENE.2022 8:18
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA		Fecha Vencimiento: 21.FEB.2022
Teléfono:		Cubre Desde: 5.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 5.ENE.2022
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:		
Paciente: VARGAS DE ARTEAGA OLGA MARIA		Consecutivo: 0102099506
No. Doc.: 22160127	Tipo Doc.: CC	
Dirección: k 17 n 12-35 b/ las delicias - ARBOLETES		No. Poliza:
Médico: ROBERTO CARLOS BARCENAS LOUIS		No. Autorización: 2814
Teléfono: 3215500024		

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	01 CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS 34,060.00

Subtotal 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 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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma digital es correcta y que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la de...
	INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA	FACTURACION DE SUMEICOL
Firma	NIT. 812.007.194-8 oncomedica S.A.	NIT. 901418364-1
	FECHA: 2-2-22	RECIBE: [Firma]

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-b720-8cdf9f861787

Forma de Pago: Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

29/12/2021
9:08:44 a. m.

Usuario: CC 22160127 VARGAS DE ARTEAGA OLGA MARIA
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 2814

28/09/1935 Edad: 86 años, 3 meses y 1 días
Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Descripción		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
01	CONSULTAS			
890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	1	100.000,00	100.000,00
Total Servicios:				100.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



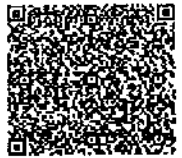
Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6° # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba

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 ONCF164088



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

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

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:

Paciente: DOMICO DOMICO DIDIER No. Admisión: 0100575580
No. Doc: 1038818373 Tipo Doc.: TI Teléfono: 3205510232
Dirección: COMUNIDAD DE SANDO CHIGORODO - CHIGORODO No. Poliza:
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR No. Autorización: 3854781

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	16 CIRUGIA	

14 MATERIALES E INSUMOS	330,922.00
19 LABORATORIO CLINICO	231,800.00

Cirugia	Descripción	Valor Servicio Qx
459101C	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	
39007	Grupo 09	125,800.00
39107	Grupo 09	71,800.00
39120	Grupo 09	34,300.00
01 CIRUGIAS GENERALES		231,700.00

Cirugia	Descripción	Valor Servicio Qx
544104C	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	
39007	Grupo 09	125,800.00
39107	Grupo 09	71,800.00
39120	Grupo 09	34,300.00
01 CIRUGIAS GENERALES		231,700.00

Cirugia	Descripción	Valor Servicio Qx
545001C	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA	
39007	Grupo 09	251,200.00
39107	Grupo 09	143,700.00
39120	Grupo 09	68,700.00
39211	Grupo 09	415,300.00
39303	GRUPOS 07 - 08 - 09	195,300.00
01 CIRUGIAS GENERALES		1,074,200.00

Subtotal Area >>> 2,100,322.00

Area Funcional:	Descripción	Valor
68	UCI PEDIATRICA PISO 3 T2	
	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA	
01	CIRUGIAS GENERALES	3,180,000.00
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	788,515.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,127,805.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	1,591,000.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	13,773,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS	10,267,251.00
15	MEDICAMENTOS POS	14,906,895.00
19	LABORATORIO CLINICO	4,092,050.00
21	GASES MEDICINALES	2,331,770.00
26	RESONANCIA	1,692,300.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	329,500.00

Subtotal Area >>> 55,080,186.00

Area Funcional: 69 UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

CUFE:eda5cd12a156190e58bda22ddf68b271d62f051df7d6f2824a37bc137e1f81f70a54e1cf059e75d399fe8c99b851d4a6



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

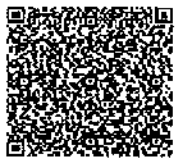
Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF164088



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

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:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización: 3864781

Código	Descripción	Valor Total
LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA		
14	MATERIALES E INSUMOS	1,568,507.00
15	MEDICAMENTOS POS	110,856.00
19	LABORATORIO CLINICO	219,200.00
Subtotal Area >>>		1,898,563.00

Area Funcional:	73	HOSPITALIZACION PISO 4 T2
LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA		
01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,356,300.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	137,200.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	4,342,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	1,728,851.00
15	MEDICAMENTOS POS	4,635,467.00
19	LABORATORIO CLINICO	418,200.00
99	QUIMIOTERAPIA	166,300.00
Subtotal Area >>>		14,102,318.00

VALOR SERVICIOS:		73,181,389.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR 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 CENTAVOS	73,181,389.00
-------	---	---------------

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma distinta al comprador es de la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al pago del Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	FACTURACION SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 23-2-22 RECIBE: [Firma]

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-b720-6cd9f661767

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

3887105

Fecha: 07/10/2021

Hora: 21:54:27

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 GALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	
Teléfono 3137764435	Departamento CORDOBA	Municipio MONTERIA
Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		

DATOS DEL PACIENTE			
DOMICO	DOMICO	DIDIER	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038818373	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de Identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	04/02/2014	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual	CHIGORODO	Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio CHIGORODO
Teléfono Celular	Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION
☐ Urgencias	Cama
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Descripción
890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-07	Hora: 21:54
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	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora		0.00 \$	0.00 %
☒ Copago			
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE			
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA		Teléfono Celular:	

FOM 07/10/2021
VALIDA PARA 109A01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

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

Firma del Paciente

Página 1a de 1



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 PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS100	
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		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol,sicepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		DIDIER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		1038818373	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
☐ Menor Sin Identificación		04/02/2014		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual		CHIGORODO		Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio CHIGORODO		172	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
872102		1		RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-10-04		Hora: 22:35	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
LORENA MUELAS PECHENE					
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA				Teléfono Celular:	
FOM 04/10/2021 ONCOMEDICA S.A.					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 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 PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS103
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
		Municipio	MONTERIA
Correo:	ulsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021		
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
DOMICO	DOMICO	DIDIER	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1038818373	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	No Documento de identificación
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	04/02/2014	Edad
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
Dirección de Residencia Habitual		CHIGORODO	MODALIDAD SUBSIDIO
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CHIGORODO
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	890402
Cantidad	1
Descripción	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2021-09-23	Hora:	10:17
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 ticket, bono o vale de pago		☐			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago		0.00 \$	0.00 %		
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA
Teléfono	
Cargo o actividad:	AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN
Teléfono Celular:	

FOM 21/09/2021. ORDEN VALIDA PARA: 109A01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	
---	--



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 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 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumeicol.alceps2020@gmail.com		Contrato: 524-2021		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		DIDIER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		1038818373	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Cédula de Extranjería		No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
☐ Menor Sin Identificación		04/02/2014		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual		CHIGORODO		Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio CHIGORODO		172	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación 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	
890402		1		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2021-09-23		Hora: 10:17	
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 liquete, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MONA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN				Teléfono Celular:	
FOM 21/09/2021 ORDEN VALIDA PARA: 109A01 1 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

3892257

Fecha: 11/10/2021

Hora: 19:58:50

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 901418364 Dirección del Prestador CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES

Teléfono 3137764435 Departamento

CORDOBA

23

Municipio

MONTERIA

001

Correo: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2021

RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE

DOMICO DOMICO DIDIER

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

1038818373

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

No Documento de Identificación

Edad

☒ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

04/02/2014

SUBSIDIO TOTAL

☐ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor Sin Identificación

Fecha de Nacimiento

MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual CHIGORODO

Teléfono

Departamento ANTIOQUIA

05

Municipio

CHIGORODO

172

Teléfono Celular

Correo Electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☐ Consulta Externa

☒ Hospitalización

Servicio

HOSPITALIZACION

Cama

☐ Urgencias

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

Especialidad

883101

1

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2021-10-11

Hora: 19:58

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 liquete, bono o vale de pago

☐

Recaudo del prestador

Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

LORENA MUELAS PECHENE

Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA

Teléfono Celular:

FOM 11/10/2021

SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

01 CONSULTAS

890602 CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
NEFROLOGIA PEDIATRICA

3

190.800,00

572.400,00

Total Servicios:

572.400,00

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

872102 RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

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
29/09/2021
18:09:52

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

1533

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

04/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 1 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Controlo: 524 MODALIDAD EVENTO

Proveedor del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono:

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

01 CONSULTAS

890602 CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
INFECTOLOGIA PEDIATRICA

1

190.800,00

190.800,00

Total Servicios:

190.800,00

ANGELICA MARTINEZ RIZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

4/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 8 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 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

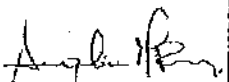
07- HONORARIOS

998702 soporte para sedación para consulta o apoyo diagnóstico

02- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

883101 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO

Total Servicios:



ANGELICA MARTINEZ RIZA

Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

Usuario: RC 1038818373 DOMICO DOMICO DIDIER

Orden de Servicios No.

1901

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

4/02/2014 Edad: 7 años, 8 meses y 26 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio

ONCOMEDICA S.A.

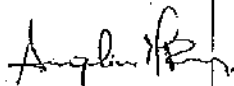
Dirección y Teléfono:

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

06 ESTANCIAS

10A002 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Total Servicios:



ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza



MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



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 ONCF165165

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

Fecha Generación: 24.ENE.2022 10:14

Fecha Validación: 24.ENE.2022 10:14

Fecha Vencimiento: 23.FEB.2022

Cubre Desde: 21.OCT.2021

Hasta: 21.OCT.2021

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: DOMICO BAILARIN MARIA CAMILA

No. Admisión: 0100583763

No. Doc.: 1038929456

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 323 434 5247

Dirección: VEREDA PEGADO - ANTIOQUIA - ANTIOQUIA

No. Poliza:

Médico: 0

No. Autorización: 1598

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

47,200.00

Subtotal Area >>>

47,200.00

VALOR SERVICIOS:

47,200.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

47,200.00

TOTAL

CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS ****

47,200.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador, su representante o una persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse a pagar. Recibir conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACION D SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 02-22-22

RECIBE: [Firma]

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022348823 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-b720-6cdf9f681767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

MONTERIA - CORDOBA
NIT 90102344-1 Código: 9014183641
CALLE 20 N° 10 A 34 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
9/10/2021
12:57:18 p. m.

Orden de Servicio No. 1598
CALLE 10 N° 450 CORDOBA
CALLE 10 N° 450 CORDOBA
CALLE 10 N° 450 CORDOBA
CALLE 10 N° 450 CORDOBA

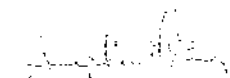
6/04/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 3 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Orden de Servicio No. 1598
CALLE 10 N° 450 CORDOBA
CALLE 10 N° 450 CORDOBA
CALLE 10 N° 450 CORDOBA

Orden de Servicio No. 1598

ORDEN DE SERVICIO DE TUBERIAS (P.A. O.A.P. - LATERAL - DECUBITO LATERAL - OBLICUAS O
O LATERAL CON BARRIO) +

Total Servicios:



Firma Paciente



Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010084901

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

IMAGENOLOGIA



Factura Electronica de Venta ONCF165174

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

Fecha Generación: 24.ENE.2022 10:20
Fecha Validación: 24.ENE.2022 10:21
Fecha Vencimiento: 23.FEB.2022

Cubre Desde: 18.DIC.2021
Hasta: 18.DIC.2021

No. Contrato: Tipo Contrato: Evento Otro
Código ERP:

Responsable:

Paciente: ATENCIO ARCIA KELI YOANA
No. Doc.: 43924520 Tipo Doc.: CC Teléfono: 3218582486
Dirección: SAM JUAN DE URABA - ANTIOQUIA - SAN JUAN DE URABA
Médico: 0

No. Admisión: 0100600122

No. Poliza:
No. Autorización: 2692

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

26 RESONANCIA

1,692,300.00

Subtotal Area >>> 1,692,300.00

VALOR SERVICIOS: 1,692,300.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 1,692,300.00

TOTAL

UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** ** 1,692,300.00

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.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona esté autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 02-2-22

RECIBE:

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
20/12/2021
12:07:08 p. m.

Usuario: GC 43924520 ATENCIO ARCIA KELI YOANA

Orden de Servicios No. 2692

Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

9/01/1982 Edad: 39 años, 11 meses y 11 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Controlo: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

883230 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE +

1

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF165192

Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

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

Teléfono:

E-Mail: utsumetcol.alcepsi2020@gmail.com

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Código ERP:

No. Admisión: 0100608527

Paciente: YANCES VEGA KAREN IRINA

No. Doc.: 1038093751

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3114458126

No. Poliza:

Dirección: CACERES - ANTIOQUIA - CACERES

No. Autorización: 2691

Médico: 0

Código	Descripción	Valor Total
Área Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

27 TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS

361,600.00

Subtotal Area >>> 361,600.00

VALOR SERVICIOS: 361,600.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 361,600.00

TOTAL

TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 361,600.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a su cumplimiento la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL

NIT. 901418364-1

FECHA: 02.2.22

RECIBE: [Firma]

Firma

Firma

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-4b86-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

24/06/1984 Edad: 37 años. 5 meses y 27 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

CÓDIGO		DESCRIPCIÓN		CANTIDAD	
02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS				
879131	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA (CORTES AXIALES Y CORONALES)			1	

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de autorización	28142	Fecha:	10/12/2021	Hora	02:59:23 p. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I		CODIGO EPSI03	Nit: 817003165	

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				
Código		Dirección	CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES	Teléfono:	3137764435
Departamento	CORDOBA		Municipio	MONTERIA	

DATOS DEL PACIENTE

Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
YANCES	VEGA	KAREN	IRINA

Tipo De identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1038093751	24/06/1984	37 AÑOS

Dirección de residencia Habitual	CACERES	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CACERES
----------------------------------	---------	--------------	-----------	-----------	---------

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	Especialidad
879131	1	TOMOGRFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	10/12/2021	Hora	02:59:23 p. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☒	Cuota moderadora			
☐	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	PAULA REQUEME	Telefono:	8390140
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	

Observaciones :	
-----------------	--

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo válida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [[Validez 90 días]]

Firma del Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6° # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF165230



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:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:

Paciente: FLOREZ MONTES NASLY DEL CARMEN

No. Doc.: 22242048

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3148106792

No. Admisión: 0100600480

Dirección: ZARAGOZA - ZARAGOZA

Médico: 0

No. Poliza:

No. Autorización: 2702

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	138,400.00
31	ECOGRAFIAS	83,100.00

Subtotal Area >>> 221,500.00

VALOR SERVICIOS: 221,500.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 221,500.00

TOTAL

DOSCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 221,500.00

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:

IMAT INSTITUTO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA
Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibir la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 02-2-22

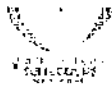
Firma

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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

20/12/2021
3:54:15 p.m.

Usuario: CC 22242048 FLOREZ MONTES NASLY DEL CARMEN

Orden de Servicios No.

2792

Dir y Tel: CALLE 1 N° 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 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

876802 XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA - BILATERAL

Total Servicios:

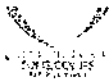
ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

20/12/2021
3:55:06 P.M.

Usuario: CC 22242048 FLOREZ MONTES NASLY DEL CARMEN

Orden de Servicios No.

2701

Dir y Tel: CALLE 1 N° 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 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

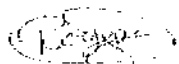
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

881201 ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA - CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O

1

Total Servicios:


ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de autorización	27088	Fecha:	10/11/2021	Hora	05:37:29 p. m.
------------------------	-------	--------	------------	------	----------------

Entidad responsable del pago:	CODIGO EPSi03	NIL811002429-7
-------------------------------	---------------	----------------

731

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		
Código	901418364	Dirección	ALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAUREL
Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA

DATOS DEL PACIENTE

Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
FLOREZ	MONTES	NASLY	DEL CARMEN

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CECULA DE CIUDADANIA	22242048	08/07/1976	43 AÑOS

Dirección de residencia Habitual	VEREDA PATO	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ZARAGOZA
----------------------------------	-------------	--------------	-----------	-----------	----------

SERVICIOS AUTORIZADOS:

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama
☐ Urgencias			

Manejo integral según guía de:

CODIGOS CUPS	Cantidad	DESCRIPCION	Especialidad
881201	1	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	10/11/2021	Hora	05:37:29 p. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %

Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Cospago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	PAULA ANDREA REQUEME BELTRAN	Telefono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Telefono celular	
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Telefono:	
Cargo o actividad		Telefono celular	

Esta orden de servicio es única e Intransferible solo valida en la IPS autorizada

Firma del Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de autorización	27087	Fecha:	10/11/2021	Hora	05:40:34 p. m.
------------------------	-------	--------	------------	------	----------------

Entidad responsable del pago:	CODIGO EPSI03	NIT:811002429-7
-------------------------------	---------------	-----------------

731

INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				
Código	901418364	Dirección	ALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAUREL	Teléfono:	3137764435
Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA		

DATOS DEL PACIENTE			
Apetido 1	Apetido 2	Nombre 1	Nombre 2
FLOREZ	MONTES	NASLY	DEL CARMEN

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CEDULA DE CIUDADANIA	22242048	08/07/1976	43 AÑOS

Dirección de residencia Habitual	VEREDA PATO	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ZARAGOZA
----------------------------------	-------------	--------------	-----------	-----------	----------

SERVICIOS AUTORIZADOS:

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama
☐ Urgencias			

Manejo integral según guía de:

CODIGOS CUPS	Cantidad	DESCRIPCION	Especialidad
876802	1	MANOGRÁFIA BILATERAL	

Número de solicitud de origen	1	Fecha	10/11/2021	Hora	05:40:34 p. m.
-------------------------------	---	-------	------------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %

Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (tope) en pesos
	☐ Cuota moderadora			
	☒ Copago			
	☐ cuota de recuperación otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza	PAULA ANDREA REQUEME BELTRAN	Teléfono:	
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Teléfono celular	
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Teléfono:	
Cargo o actividad		Teléfono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada

Firma del Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194
CR-8° # 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 ONCF166131



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.aicapsl2020@gmail.com

Fecha Generación: 25.ENE.2022 12:13
Fecha Validación: 25.ENE.2022 12:13
Fecha Vencimiento: 24.FEB.2022

Cubre Desde: 19.ENE.2022
Hasta: 19.ENE.2022

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

No. Admisión: 0100607229

Paciente: JUMI SAPIA WILLER
No. Doc.: 1039654124 Tipo Doc.: TI
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO
Médico: 0

Teléfono: 3205342149

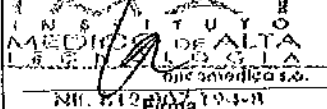
No. Poliza:
No. Autorización: 2941

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 05	LABORATORIO CLINICO	
19	LABORATORIO CLINICO	18,000.00
Subtotal Area >>>		18,000.00
VALOR SERVICIOS:		18,000.00
VALOR COPAGOS:		0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:		0.00
VALOR DESCUENTO:		0.00
VALOR TOTAL FACTURA:		18,000.00
TOTAL		
DIECIOCHO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS		18,000.00

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.

Afiliado:

Vendedor:



Firma

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

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: 900990126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cd9f661787

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
12/01/2022
11:59:39 a. m.

Usuario: RC 1039654124 JUMI SAPIA WILLER

Orden de Servicios No. 2941

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 6 meses y 26 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS

1

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

1039654124



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 8*# 72-34 E.O. IMAT
7654344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF166754



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

Fecha Generación: 26.ENE.2022 10:10
Fecha Validación: 26.ENE.2022 10:10
Fecha Vencimiento: 26.FEB.2022

Cubre Desde: 13.ENE.2022
Hasta: 13.ENE.2022

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI

Consecutivo: 0102089235

No. Doc.: 1033373707 Tipo Doc.: CC
Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES
Médico: CESAR ALONSO RIOS NIETO

Teléfono: 3145399455

No. Poliza:
No. Autorización: 2709

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	34,060.00
Subtotal 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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibe en nombre de la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 26.02.22
Firma: [Firma]

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 02/03/2023 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

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1
FECHA: _____
RECIBE FECHA: _____
RECIBE: _____



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF166754



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

Fecha Generación: 26.ENE.2022 10:10
Fecha Validación: 26.ENE.2022 10:10
Fecha Vencimiento: 25.FEB.2022

Cubre Desde: 13.ENE.2022
Hasta: 13.ENE.2022

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Consecutivo: 0102089235

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI

No. Doc.: 1033373707

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3145399455

No. Poliza:

Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES

No. Autorización: 2709

Médico: CESAR ALONSO RIOS NIETO

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

34,060.00

Subtotal 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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 26.ENE.2022

RECIBE: [Firma]

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-b720-6cdf9f661787

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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. 2709

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 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 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

Descripción		Cantidad		Valor Unitario		Valor Total	
01	CONSULTAS						
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	1		100.000,00		100.000,00	

Total Servicios: 100.000,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 8° # 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 ONCF166826

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

Fecha Generación: 26.ENE.2022 11:11

Fecha Validación: 26.ENE.2022 11:12

Fecha Vencimiento: 25.FEB.2022

Cubre Desde: 1.ENE.2022

Hasta: 9.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: CUÑAPA CHAMORRO OIKERAPONO

No. Admisión: 0100602985

No. Doc.: 1042734540

Tipo Doc.: RC

Teléfono: 3104028269

Dirección: RESGUARDO JARAPETO - VIGIA DEL FUERTE

No. Poliza:

Médico: JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	08 IMAGENOLOGIA	

15 MEDICAMENTOS POS

252,442.00

Subtotal Area >>>

252,442.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

02 IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA

86,645.00

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

776,505.00

13 SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD

2,234,400.00

14 MATERIALES E INSUMOS

263,675.00

15 MEDICAMENTOS POS

631,882.00

19 LABORATORIO CLINICO

101,800.00

26 RESONANCIA

1,862,700.00

Subtotal Area >>>

5,957,607.00

VALOR SERVICIOS:

6,210,049.00

VALOR COPAGOS:

0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO:

0.00

VALOR DESCUENTO:

0.00

VALOR TOTAL FACTURA:

6,210,049.00

TOTAL

SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS ****

6,210,049.00

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:



Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibi conforme la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL

NIT. 901418364-1

FECHA: 21-02-22

RECIBE: [Firma]

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: 900390126-5 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 : 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 : 0100602985 Fecha de nacimiento : 20/04/2015

Nombre OIKERAPONO CUÑAPA CHAMORRO

Tipo documento : RC Número : 1042734540

Dirección : RESGUARDO JARAPETO Teléfono: 3104028269

Dpto: (05) ANTIOQUIA Ciudad: (873) VIGIA DEL FUERTE Zona : R

Clase Afiliación: NV Localidad :

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL Ubicación : HOSPITALIZACION

Cama : 308 Tipo servicio solicitado : Posterior A atención inicial de Prioridad Atención : NV

<u>Código CUPS</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Descripción servicio</u>
10A001	1	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Justificación clínica 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 6° # 72-34'ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	Fecha Generación: 27.ENE.2022 10:48
Identificación: NIT 901418364-1	Fecha Validación: 27.ENE.2022 10:48
Dirección: CL 42 10 A 36 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA	Fecha Vencimiento: 26.FEB.2022
Teléfono:	Cubre Desde: 27.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com	Hasta: 27.ENE.2022

No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:		

Paciente: ROMERO SERPA KAREN LICETH	Consecutivo: 0102121802
No. Doc.: 1040499859	Tipo Doc.: TI
Teléfono: 3117047996wap	No. Poliza:
Dirección: BARRIO PIEDRAS BLANCAS NO TIENE NOMENCLATURA - ANTIOQUIA	No. Autorización: 2983
Médico: FABIO JAVIER MOLINA MORALES	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	110,000.00
--	------------

Subtotal Area >>>	110,000.00
-------------------	------------

VALOR SERVICIOS:	110,000.00
------------------	------------

VALOR COPAGOS:	0.00
----------------	------

VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
------------------------	------

VALOR DESCUENTO:	0.00
------------------	------

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.

Afiliado:	Vendedor: INSTITUTO MEDICO ALTA TECNOLOGIA C.N.O.T.O.G.I.A Tel. 312.007.194-8 oncomedica s.a.	Se hace constar que la firma del comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarla a pagar. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura. FACTURACION UT SUMEICOL NIT. 901418364-1 FECHA: 02-2-22 RECIBE: M. FERRER
Firma	Firma	

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-b720-6cdf9f861767

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

Cód. Habilitación: 230010094901

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



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

Fecha Generación: 27.ENE.2022 15:40

Fecha Validación: 27.ENE.2022 15:40

Fecha Vencimiento: 26.FEB.2022

Cubre Desde: 24.ENE.2022

Hasta: 24.ENE.2022

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: BERONA CALDERON LUZ SOLEI

No. Doc.: 1033373707

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3145399455

Consecutivo: 0102089238

Dirección: B/ LAS AMERICAS - ARBOLETES

Médico: CARLOS MANUEL PEREIRA BETANCOURT

No. Poliza:

No. Autorización: 3009

Código

Descripción

Valor Total

Area Funcional:

01

CONSULTA EXTERNA

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

60,000.00

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

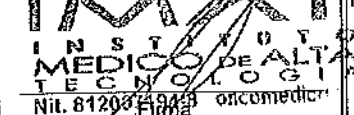
SESENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

60,000.00

La presente 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:

Vendedor:



Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante a recibir como la mercancía. Acepto esta factura.

FACTURACION UPSUMEI
NIT. 901418364-1

FECHA:

27.2.22

Firma

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia 24 meses, Prefijo ONCF del consecutivo ONCF146587 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 MED

3514222

Fecha: 12/10/2021

Hora: 10:05:56

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 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono 3137764435	Departamento	CORDOBA	23 Municipio MONTERIA 001
Correo: ulaumeicol.afcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2021	RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

DATOS DEL PACIENTE			
BERONA	CALDERON	LUZ	SOLEI

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
		1033373707	
Tipo Documento de Identificación		No Documento de Identificación	Edad
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☐ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	20/08/1992	
☒ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	Fecha de Nacimiento	
			SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual ARBOLETES		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	05	Municipio ARBOLETES 051
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización		Cana
☒ Consulta Externa	☐ Hospitalización Servicio	
☐ Urgencias		

Manejo Integral Según Guía de:		Especialidad
Código CUPS	Cantidad	Descripción
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1	Fecha: 2021-09-22	Hora: 13:51
-------------------------------	-------------------	-------------

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 ticket, bono o vale de pago		☐	
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
☐ Cuota Moderadora			
☒ Copago		0.00 €	0.00 €
☐ Cuota de Recuperación			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
EIDA ANDRADE	
Cargo o actividad:	Teléfono Celular:

FOM 22/09/2021	SE AUTORIZA 890380-1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia ONCOLÓGICA
----------------	--

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

Firma del Paciente



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

Fecha Generación: 31.ENE.2022 9:19
Fecha Validación: 31.ENE.2022 9:19
Fecha Vencimiento: 2.MAR.2022

Cubre Desde: 26.ENE.2022
Hasta: 27.ENE.2022

No. Contrato:
Código ERP:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100609428

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

No. Poliza:

Médico: IVAN ARTURO MERCADO PEREZ

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 07	URGENCIAS	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	41,405.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	179,000.00
19	LABORATORIO CLINICO	103,900.00

Subtotal Area >>> **324,305.00**

VALOR SERVICIOS: 324,305.00

VALOR COPAGOS: 0.00

VALOR PAGO COMPARTIDO: 0.00

VALOR DESCUENTO: 0.00

VALOR TOTAL FACTURA: 324,305.00

TOTAL

TRICENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 324,305.00

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Restitución de la mercancía. Acepto esta factura.

Firma

Firma

FECHA:

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

31/1/22 09:08

Correo - urgencias@imatoncomedica.com

Re: REPORTE DE ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS ANEXO 2 WILLER JUMI

Autorizaciones epsi AIC <autorizacionessrcr@aicsalud.org.co>

mié 26/01/2022 4:22 p.m.

Para: urgencias <urgencias@imatoncomedica.com>;

26/01/2022

CORDIAL SALUDO

De manera 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 requiere autorización ni código.

Y sujeta a verificación de consistencia según norma (Resolución 3047/2008)

AU

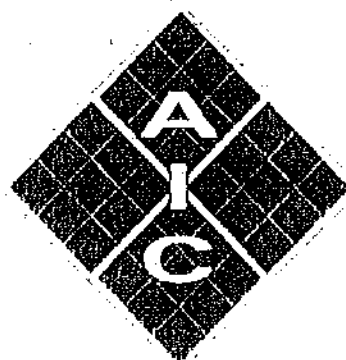
Auxiliar de apoyo HORA DESDE 2PM A 10PM

LORENA MUELAS PECHENE

SMIPE: AUTORIZACIONES AIC SEDE NACIONAL POPAYAN REFERENCIA HOSPITALIZADOS

CORREO ANEXO 2 Y 3 : autorizacionessrcr@aicsalud.org.co

TEL: 322 737 08 24 --0326380200 (ext 205)



BENDICIONES TE DESEAMOS

AUTORIZACIONES AIC

AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI

SMIPE: AUTORIZACIONES AIC SEDE NACIONAL POPAYAN REFERENCIA HOSPITALIZADOS

CORREO ANEXO 2 Y 3 : autorizacionessrcr@aicsalud.org.co

CELULAR: 316-868-2825

31/1/22 09:08

Correo - urgencias@imatoncomedica.com

El mié, 26 ene 2022 a las 15:56, urgencias (<urgencias@imatoncomedica.com>) 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.Nº1.039.654.124 que ingreso el día 26 de enero del Año 2022.

Att:

Diego Galindo Herrera.

Asistente De Cuentas Medicas



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 8ª # 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 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	
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	
Código ERP:				

Paciente: JUMI SAPIA WILLER		No. Admisión: 0100570779		
No. Doc.: 1039854124	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3205342149		
Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO		No. Poliza:		
Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ		No. Autorización: 1125		

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 02 QUIMIOTERAPIA		
14	MATERIALES E INSUMOS	58,676.00
15	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
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	416,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS	21,330.00
15	MEDICAMENTOS POS	55,236.00
19	LABORATORIO CLINICO	138,900.00
Subtotal Area >>>		671,366.00
Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1		
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	554,400.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	3,044,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	568,584.00
15	MEDICAMENTOS POS	1,732,062.00
19	LABORATORIO CLINICO	65,200.00
Subtotal Area >>>		5,964,646.00
Area Funcional: 16 CIRUGIA		
01	CIRUGIAS GENERALES	636,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	2,625.00
15	MEDICAMENTOS POS	45,215.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,008,400.00
99	QUIMIOTERAPIA	707,400.00
Subtotal Area >>>		2,708,540.00
Cirugia 413101C BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA		
Valor Servicio Qx		
39003	Grupo 05	86,500.00
39103	Grupo 05	56,500.00
39207	Grupo 05	102,900.00
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	63,000.00
01	CIRUGIAS GENERALES	308,900.00
Subtotal Area >>>		2,708,540.00



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

GR 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 ONCF170520



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato:Evento

Otro

Código ERP:

Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Paciente: JUMI SAPIA WILLER

No. Admisión: 0100570779

No. Doc.: 1039654124

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3205342149

No. Poliza:

Dirección: COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA - MURINDO

Médico: JUDY ALEXANDRA ROJAS RUIZ

No. Autorización: 1125

Código	Descripción	Valor 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

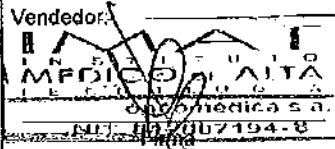
La presente factura electrónica de venta de compraventa se asimila en sus efectos a una letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). El contratante declara haber recibido los servicios a entera satisfacción.

Afiliado:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que una persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.

Firma



FACTURACIÓN UT SUMEICOL
NIT: 901418364-1
FECHA: 10-2-22
Firma: [Firma]

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 NRE 900390126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago:Credito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 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 N° 4-50 239968

19/06/2014 Edad: 7 años, 2 meses y 20 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 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

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

898004 ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA) +

898106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?

04 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA

033101 PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)

03 PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS no Quirurgicos

992502 QUIMIOTERAPIA INTRATECAL

Total Servicios:

ANGELICA MARTINEZ RIAZA

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente

JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA S.A

urgencias

lun 06/09/2021 4:45 p.m.

Para: autorizacionutsumeicol@gmail.com <autorizacionutsumeicol@gmail.com>; siau.utsumeicol@gmail.com <siau.utsumeicol@gmail.com>;

2 archivos adjuntos (291 KB)

ANEXO 2 WILLER JUMI SAPIA 06,09,2021.pdf; HCLX WILLER JUMI SAPIA.PDF;

De: urgencias

viado: lunes, 06 de septiembre de 2021 4:24 p. m.

Para: autorizacionutsumeicol@gmail.com; siau.utsumeicol@gmail.com

Asunto: RV: REPORTE DE ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS PACIENTE WILLER JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA S.A

De: urgencias

Enviado: lunes, 06 de septiembre de 2021 4:04 p. m.

Para: autorizacionutsumeicol@gmail.com; siau.utsumeicol@gmail.com

Asunto: REPORTE DE ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS PACIENTE WILLER JUMI SAPIA ANEXO 2 IMAT ONCOMEDICA S.A

Buenas tardes.

Sres

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

..SOCIACION INDIGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI

Adjunto envió el anexo N.º 2 solicitando Autorización de atención inicial de urgencias de la Paciente WILLER JUMI SAPIA Identificado con T.I.Nº 1.039.654.124 que ingreso el día 06 de septiembre del Año 2021.

Att:

Jaiver Espitia Rodríguez

Asistente De Cuentas Medicas



Informe de la Atención Inicial de Urgencias (Anexo Técnico 2)

06/09/2021

No. atención : 3 Fecha : 06/09/2021 15:54:11

Información 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 :

Datos Paciente

Doc. Identidad : 1039654124 Tipo Doc. : TI No. Admisión : 0100570779

Apellidos / Nombres JUMI SAPIA WILLER

Dirección : COMUNIDAD TURRIQUITADOLLANA

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 : No

Id. Prestador :

Razón social prestador :

Departamento : Municipio :

Motivo de consulta "Viene para quimioterapia" paciente masculino de 7 años de edad con diagnóstico de.- Leucemia linfode T riesgo alto por no respuesta a ventana esteroidea (dx 30/03/21) paciente ingresa a urgencias oncomédica para hospitalizarse para ciclo de quimioterapia indicado por hematología pediátrica. en el momento paciente asintomático. se realiza examen físico utilizando todos los elementos de protección personal

Dx. Principal : C910 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

Dx. Relacionado 1 :

Dx. Relacionado 2 :

Dx. Relacionado 3 :

Destino paciente : Observación

Usuario informa : JAIVER MIGUEL ESPITIA RODRIGUEZ

Powered by Agilis



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF170764



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
Teléfono:		Cubre Desde: 28.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.afceps12020@gmail.com		Hasta: 28.ENE.2022
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:		

Paciente: MARTINEZ MORA CASIMIRA	Consecutivo: 0102113872
No. Doc.: 42651839	Tipo Doc.: CC
Dirección: cll 1# 4-50 - MONTERIA	Teléfono: 3104447913
Médico: LINA MARIA LOBATON RAMIREZ	No. Poliza:
	No. Autorización: 2479

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional: 01	CONSULTA EXTERNA	

03 CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	29,120.00
--	-----------

Subtotal Area >>>	29,120.00
-----------------------------------	------------------

VALOR SERVICIOS:	29,120.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	29,120.00

TOTAL

VEINTINUEVE MIL CIENTO VEINTE PESOS CON CERO CENTAVOS **** * 29,120.00	29,120.00
--	-----------

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma electrónica del proveedor supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.
Firma	Firma	Firma
	FECHA: 10-2-22	RECIBE: 10-2-22

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-b720-6cd19f861767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de autorización	44208	Fecha:	15/12/202	Hora	02:26:57 p. m.
Entidad responsable del pago:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I	CODIGO EPSI03	NIT: 817003166		

INFORMACION DEL PRESTADOR : NIT:

Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				
Código		Dirección	calle 23 N 1-57 barrio chuchuribi centro	Teléfono:	3137764435
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN		

DATOS DEL PACIENTE

Apellido 1	Apellido 2	Nombre 1	Nombre 2
MARTINEZ	MORA	CASIMIRA	

Tipo De Identificación:

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
CÉDULA DE CIUDADANÍA	42651839	03/08/1952	69 AÑOS 4 MESES 12 DIAS

Dirección de residencia Habitual	SAN JUAN DE URABA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN JUAN DE URABA
----------------------------------	-------------------	--------------	-----------	-----------	-------------------

SERVICIOS AUTORIZADOS:

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☒ Consulta externa	☐ Hospitalización	Servicio	Cama
☐ Urgencias			

Manejo Integral según guía de:

Cantidad	Descripción	Especialidad
452301	1 COLONOSCOPIA TOTAL	IMAGEN

Numero de solicitud de origen	1	Fecha	15/12/202	Hora	02:26:57 p. m.
-------------------------------	---	-------	-----------	------	----------------

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %				
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje	Valor máximo (topa) en pesos
☐	Cuota moderadora			
☒	Copago			
☐	cuota de recuperación			
☐	otro			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

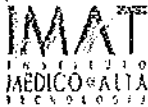
Nombre de quien autoriza	ARMANDO ESPITIA M	Teléfono:	8212086
Cargo o actividad	AUXILIAR DE ATENCION AL COMUNERO	Teléfono celular	
Observaciones:			

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien autoriza		Teléfono:	
Cargo o actividad		Teléfono celular	

Esta orden de servicio es única e intransferible solo valida en la IPS autorizada
sujeto auditoria medica [(Validez 90 días)]

Firma del Paciente

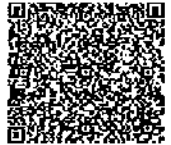


Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 72-34 ED. IMAT
7854344
Montería - Córdoba
Cód. Habilitación: 230010094901

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 ONCF171630



Nombre 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:			Cubre Desde: 25.ENE.2022
E-Mail: ulsumeicol.aicepsi2020@gmail.com			Hasta: 31.ENE.2022
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Código ERP:			

Paciente: DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO	No. Admisión: 0100609159	
No. Doc.: 1038097665	Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3113842751
Dirección: VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCASIA	No. Poliza:	
Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA	No. Autorización: 3273	

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	86,645.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	279,300.00
14	MATERIALES E INSUMOS	295,228.00
15	MEDICAMENTOS POS	3,563,748.00
19	LABORATORIO CLINICO	464,065.00
31	ECOGRAFIAS	86,700.00

Subtotal Area >>> 4,775,686.00

Area Funcional:	15 UCI ADULTO INTENSIVO PISO 4 T1	
01	CIRUGIAS GENERALES	17,214,400.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	561,800.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	247,500.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,396,500.00
19	LABORATORIO CLINICO	130,000.00

Subtotal Area >>> 19,550,200.00

Area Funcional:	16 CIRUGIA	
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	86,645.00
14	MATERIALES E INSUMOS	32,375.00
15	MEDICAMENTOS POS	127,643.00

Subtotal Area >>> 246,663.00

VALOR SERVICIOS:	24,572,549.00
VALOR COPAGOS:	0.00
VALOR PAGO COMPARTIDO:	0.00
VALOR DESCUENTO:	0.00
VALOR TOTAL FACTURA:	24,572,549.00



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 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 autoretentadores. No estamos Exentos de retención en la fuente



Factura Electronica de Venta ONCF171630

Nombre 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:		Cubre Desde: 25.ENE.2022
E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com		Hasta: 31.ENE.2022
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Otro
Código ERP:	Responsable: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	

Paciente: DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO	No. Admisión: 0100609159
No. Doc.: 1038097665	Tipo Doc.: TI
Dirección: VEREDA EL TIGRE 1 - CAUCASIA	Teléfono: 3113642751
Médico: JOSE CARLOS PADILLA LORA	No. Poliza:
	No. Autorización: 3273

Código	Descripción	Valor Total
TOTAL	VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS	24,572,549.00

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:	Vendedor:	Se hace constar que la persona en quien está inscrito, que la persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y cobrar el cobro. Recibo conforme la mercancía. Acepto esta factura.
		FACTURACIÓN UT SUMEICOL NIT: 901418364-1
Firma	Firma	FECHA: 10-2-22
		RECIBE:

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: 900380126-6 Software: TFHKA_CO900390126 SoftwareID: 82d21092-144e-4b66-b720-6cdf9f661767

Forma de Pago: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE: 8558bc631e19425e653e310dce595337ca9d620afe558b1f067978691ad4d3a85ec87e1afbf6a399c6b64ed469054d



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
1/02/2022
3:26:42 p. m.

Usuario: TI 1038097665 DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO

Orden de Servicios No. 3277

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

26/04/2005 Edad: 16 años, 9 meses y 6 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

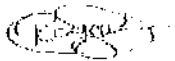
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: CRA 8 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

Prescripción		Equivalente	Medicamento	Indicaciones
06	ESTANCIAS			
10A001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABILITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)			

Total Servicios:


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Quién Realizó

Firma Paciente



UNION TEMPORAL SUMEICOLIPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
25/01/2022
11:55:31 a. m.

Usuario: TI 1038097665 DIAZ OSORIO LUIS ALFREDO

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 3273

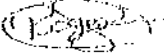
26/04/2005 Edad: 16 años, 9 meses y 6 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7054344

02	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		
345102	PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	1 9.497.600,00	9.497.600,00
04	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS		
345302	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	1 7.716.800,00	7.716.800,00

Total Servicios: 17.214.400,00


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Oncomedica S.A.

NIT: 812007194

CR 6ª # 72-34 ED. IMAT

7854344

Montería - Córdoba

Cód. Habilitación: 230010094901

CONSULTA EXTERNA

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

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

Factura Electronica de Venta ONCF174863



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Identificación: NIT 901418364-1

Dirección: CL 42 10 A 38 BRR LOS LAURELES - MONTERIA - CORDOBA

Teléfono:

E-Mail: utsumeicol.aicepsi2020@gmail.com

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Paciente: CASILLA VEGA EMIRO

No. Doc.: 70525282

Tipo Doc.: CC

Teléfono: 3143762251

Consecutivo: 0102088869

Dirección: SAN JUAN DE URABA - SAN JUAN DE URABA

Médico: ELIGIO ANTONIO ALVAREZ ALMANZA

No. Poliza:

No. Autorización: 2205

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	01 CONSULTA EXTERNA	
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	60,000.00
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 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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligarse a pagar. Acepto esta factura.

FACTURACION UT SUMEICOL
NIT. 901418364-1

FECHA: 21-02-22

RECIBE: Firma

Firma

Habilitación Numeración de Facturación: 0102088869 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUFE:3b85080491b7dbe4bc609b90f6d9ebd44d837ba17be8b30c59a95687f6413024da62a4472c185b894d0fd7eae3e28429

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
26/11/2021
9:48:24

Usuario: CC 70525282 CASILLA VEGA EMIRO

Orden de Servicios No. 2205

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

9/11/1969 Edad: 52 años, 0 meses y 17 días
NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 23996.

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

CÓDIGO				DESCRIPCION				CANTIDAD				VALOR			
01	CONSULTAS			890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA			1	60,000.00			60,000.00			

Total Servicios: 60,000.00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quién Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: OTERO CHIMA HERMINIA ROSA

No. Admisión: 0100602641

No. Doc.: 1101126119

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3234404700

Dirección: CALLE 36 B N 10A 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA

No. Poliza:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Area Funcional: 02 QUIMIOTERAPIA

14 MATERIALES E INSUMOS

30,866.00

15 MEDICAMENTOS POS

12,929,966.00

Subtotal Area >>>

12,960,832.00

Area Funcional: 08 IMAGENOLOGIA

14 MATERIALES E INSUMOS

4,490.00

15 MEDICAMENTOS POS

1,160,605.00

Subtotal Area >>>

1,165,095.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

14 MATERIALES E INSUMOS

14,030.00

15 MEDICAMENTOS POS

26,790.00

19 LABORATORIO CLINICO

144,500.00

Subtotal Area >>>

185,320.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

01 CIRUGIAS GENERALES

4,347,300.00

19 LABORATORIO CLINICO

47,400.00

Cirugia 413101C

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

Valor Servicio Qx

39003 Grupo 05

126,945.00

39003 Grupo 05

63,472.00

39003 Grupo 05

126,945.00

39003 Grupo 05

63,472.00

39103 Grupo 05

83,005.00

39103 Grupo 05

83,005.00

39103 Grupo 05

41,502.00

39103 Grupo 05

41,502.00

39207 Grupo 05

226,395.00

39207 Grupo 05

226,395.00

39302 GRUPOS 04 - 05 - 06

92,495.00

39302 GRUPOS 04 - 05 - 06

92,495.00

01 CIRUGIAS GENERALES

1,267,628.00

Subtotal Area >>>

5,662,328.00

Area Funcional: 68 UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

01 CIRUGIAS GENERALES

1,272,000.00



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

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

No. Contrato:

Tipo Contrato: Evento

Otro

Código ERP:

Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Paciente: OTERO CHIMA HERMINIA ROSA

No. Admisión: 0100602641

No. Doc.: 1101126119

Tipo Doc.: TI

Teléfono: 3234404700

Dirección: CALLE 36 B N 10A 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA

No. Poliza:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	953,095.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,343,300.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	1,861,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	10,183,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	3,976,302.00
15	MEDICAMENTOS POS	2,363,678.00
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

Area Funcional:

73

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	146,800.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	2,270,720.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	648,900.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	1,118,900.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	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 COMPUTARIZADAS	686,800.00
31	ECOGRAFIAS	158,600.00

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



Factura Electronica de Venta ONCF175634

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
No. Contrato:	Tipo Contrato: Evento	Ciro
Código ERP:	Responsable: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	

Paciente: OTERO CHIMA HERMINIA ROSA	No. Admisión: 0100602641
No. Doc.: 1101126119 Tipo Doc.: TI	Teléfono: 3234404700
Dirección: CALLE 36 B N 10A 25 B/ COMUNITARIO - RIOHACHA	No. Poliza:
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR	No. Autorización:

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

TOTAL	NOVENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS CON CERO CENTAVOS	96,921,670.00
--------------	---	----------------------

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:	Vendedor:	Se hace constar que la firma digital del comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. 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

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

CREATININA EN ORINA PARCIAL

903874

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 Escorcía <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 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|SUME|COL <auditoria@utsumeicol.com>, Líder De Autorizaciones <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El jue, 20 ene 2022 a la(s) 14:36, Sixta Rosa De Castros Escorcía (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Señores:

SUMEICOL

Cordial Saludo,

De manera atenta, adjunto anexo N° 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

HERMINIA ROSA OTERO CHIMA identificado con el número **1101126119** hospitalización correspondiente a **INGRESO HOSPITALARIO DEL 20 DE ENERO DEL 2022**

FIEL COPIA DE RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 14 AGO 2008 HOJA N° 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 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 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 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 considerará un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 y 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 otorgar 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 Médicas
+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:

HERMINA ROSA OTERO CHIMA11.PDF

14,1 KB

1045531195 INTERNA.pdf

116 KB

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 Escorcía <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@imatoncomedica.com>, Lider De Autorizaciones <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El lun, 7 feb 2022 a la(s) 15:59, Sixta Rosa De Castros Escorcía (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Señores:

SUMEICOL EPS

Cordial Saludo,

De manera atenta, adjunto anexo N° 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

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 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 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 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 municipios 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 esto trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considerará 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 obviar 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: —

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 Escorcía <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>
Fecha: 16/02/2022, 02:28 p. m.
Para: UCI <asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>

PSC

----- Mensaje reenviado -----
Asunto: Re: ANEXO 3 DE HERMINIA ROSA OTERO CHIMA -UNIPERSONAL DE LOS DIAS 6- 07 DE FEBRERO -IMAT ONCOMEDICA
Fecha: Tue, 8 Feb 2022 14:54:28 -0500
De: MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>
Para: Dania Galindo Méndez <autorizaciones3@imatoncomedica.com>, Lider De Autorizaciones <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El mar, 8 feb 2022 a la(s) 10:27, Dania Galindo Méndez (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

ENVIO II

----- Mensaje reenviado -----
Asunto: ANEXO 3 DE HERMINIA ROSA OTERO CHIMA -IMAT ONCOMEDICA
Fecha: Mon, 7 Feb 2022 16:40:25 -0500
De: Juan Guillermo Berrío Guzmán <autorizaciones3@imatoncomedica.com>
Para: SUMEICOL - AIC AUT NUEVO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>, SIAU SUMEICOL -AIC NUEVO <siau.utsumeicol@gmail.com>, autorizacion@utsumeicol.com

Señores:

UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

Cordial Saludo,

De manera atenta, adjunto anexo N° 3 y evolución para solicitud de autorización de estancia hospitalaria del paciente:

HERMINIA ROSA OTERO CHIMA identificado con el número 1101126119 hospitalización correspondiente a HAB UNIPERSONAL de los días 06-07 DE FEBRERO DE 2022

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 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 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 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 límite 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 1990 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:

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>, HOSPITALIZACION 4 PISO TORRE 1

<asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com>, ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS

<asistentegcmuci01@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 2 PISO

<asistentegcmhosp01@imatoncomedica.com>

psc

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

Asunto:Re: 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

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 <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El sáb, 5 feb 2022 a la(s) 12:02, SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ (autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Buenos días

Señores

SUMEICOL EPS

Cordial saludos, de manera atenta envío solicitud de Visto Bueno para la tarifa cotizada, servicio para el paciente **HERMINIA ROSA OTERO CHIMA** Identificado con N° **1.101.126.119**, quien requiere con prioritaria el tratamiento 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

14,1 KB

1101126119 PROC.pdf

116 KB



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO AUTORIZACIÓN POP

5047800

Fecha: 05/02/2022

Hora: 10:28:31

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO	EPS103
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
Nombre	UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	NIT	901410364
Código	901410364	C.C.	Número
Dirección del Prestador	CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES		
Teléfono	3137764435	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
Correo:	ulsunelcol.alcepsl2020@gmail.com Contrato: 524-2022		
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE

OTERO	CHIMA	HERMINA	ROSA
-------	-------	---------	------

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Cédula de Extranjería

1101126119

No Documento de Identificación

Edad

☒ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto Sin Identificación

☐ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor Sin Identificación

14/01/2005

SUBSIDIO TOTAL

Fecha de Nacimiento

MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual

Departamento LA GUAJIRA

44

Municipio RIOHACHA

Teléfono

001

Teléfono Celular

Correo Electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización

☐ Consulta Externa

☒ Hospitalización

Servicio

HOSPITALIZACION

Cama

Manejo Integral Según Guía de:

Código CUPS Cantidad Descripción

890502

1

PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)

Especialidad

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1

Fecha: 2022-02-05

Hora: 16:20

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 liquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto

Valor en pesos

Porcentaje (%)

Valor Máximo (Tope) en pesos

☐ Cuota Moderadora

☒ Copago

☐ Cuota de Recuperación

☐ Otro

0.00 \$

0.00 \$

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Teléfono

LORENA MUELAS PECHENEI

Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA

Teléfono Celular:

FOM 05/02/2022

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

5/02/2022
9:21:46 a. m.

Usuario: TI 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA

Orden de Servicios No. 3312

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

14/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 21 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

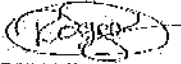
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio: ONCOMEDICA S.A.

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

Detalle de los Servicios		Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
01	CONSULTAS			
890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA - POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE) +	1	949,760.00	949,760.00
Total Servicios:				949,760.00


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

Asunto: Fwd: SOLICITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CHIMA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA + INTERCONSULTA POR
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA IMAT ONCOMEDICA

De: NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO <autorizaciones3@imatoncomedica.com>

Fecha: 05/01/2022, 05:55 p. m.

Para: admisiones <admisiones@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 4 PISO TORRE 1
<asistentegcmhosp02@imatoncomedica.com>, ASISTENTE DE CUENTAS MEDICAS
<asistentegcmuc01@imatoncomedica.com>, HOSPITALIZACION 2 PISO
<asistentegcmhosp01@imatoncomedica.com>

PSC

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

Asunto: Re: SOLICITUD DE APROBACION DE COTIZACION HERMINIA ROSA OTERO CHIMA
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA + INTERCONSULTA POR
ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA IMAT ONCOMEDICA

Fecha: Wed, 5 Jan 2022 17:45:28 -0500

De: MONICA FAJARDO <autorizacionutsumeicol@gmail.com>

Para: SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ <autorizaciones3@imatoncomedica.com>, Lider De
Autorizaciones <lider.autorizaciones@imatoncomedica.com>

El mié, 5 ene 2022 a la(s) 11:48, SIRLEY CECILIA MEJIA DIAZ
(autorizaciones3@imatoncomedica.com) escribió:

Buenos días

Señores

SUMEICOL IPS

Cordial saludos, de manera atenta envío solicitud de Visto Bueno para la tarifa cotizada, servicio para el paciente HERMINIA ROSA OTERO CHIMA Identificado con N° 1101126119, quien requiere con prioridad el tratamiento ordenado INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA + INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

VALOR \$381.600

Cordialmente

NAIYIRIS BOLAÑO CHAMORRO

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 (3).PDF

14,1 KB

1101126119 CON.pdf

116 KB



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
5/01/2022
5:44:38 p. m.

Usuario: TI 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA

Orden de Servicios No.

2900

Dirección y Teléfono: CALLE 1 N° 4-50 239968

14/01/2005 Edad: 16 años, 11 meses y 22 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio: ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7054344

DESCRIPCION		Cantidad	Valor	Subtotal
01	CONSULTAS			
890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	1	190.800,00	190.800,00
090469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	1	190.800,00	190.800,00

Total Servicios:

381.600,00

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

5004982

Fecha: 06/01/2022

Hora: 17:11:40

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CODIGO EPS	03
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NT	☒ 901418364
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		CC	☐ Número
Código	9014103641	Dirección del Prestador	CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES
Teléfono	3137764435	Departamento	CORDOBA
		Municipio	MONTERIA
Correo:	utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com Contrato: 524-2022		
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
OTERO	CHIMA	HERMINA	ROSA

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
		1101126119	
Tipo Documento de Identificación		No Documento de Identificación	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	☐ Menor Sin Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación		
		Edad	
		Fecha de Nacimiento	14/01/2005
		SUBSIDIO TOTAL	
		MODALIDAD SUBSIDIO	

Dirección de Residencia Habitual		Teléfono	
Departamento	LA GUAJIRA	Municipio	RIOHACHA
Teléfono Celular		Correo Electrónico	

SERVICIOS AUTORIZADOS	
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización	
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización
☐ Urgencias	
Manejo Integral Según Guía de:	
Código CUPS	Cantidad Descripción
880402	1 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS
Especialidad	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2022-01-05	Hora:	17:11
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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 ticket, bono o vale de pago	
☐	
Valor Máximo (Tope) en pesos	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
☐	
Valor Máximo (Tope) en pesos	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA	
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN	Teléfono Celular:

FOM 05/01/2022 ORDEN VALIDA PARA: 890454 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	
890469 1 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



AREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

FORMATO DE COTIZACIÓN

CÓDIGO:

FR-AD-GCM-009

FECHA DE APROBACIÓN

VERSIÓN: 002

FECHA 04/01/2022

CLIENTE UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS

TARIFA

PROPIA

NOMBRE DEL PACIENTE HERMINIA ROSA OTERO CHIMÁ

I.D.

1.101.126.119

CODIGO

DESCRIPCION

CANTIDAD

VR. UNIT

VR. TOTAL

890454-1

INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA
PEDIÁTRICA

1

\$ 190.800

\$190.800

890469

INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

1

\$ 190.800

\$190.800

VR. BRUTO

\$381.600

COOPAGO

PAGO
COMPARTIDO

DCTO

VALOR TOTAL

\$381.600



Coordinador de Gestión de Cuentas Médicas



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
4/01/2022
2:53:44 p.m.

Usuario: TI 1101126119 OTERO CHIMA HERMINA ROSA

Dir y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No.

2892

14/01/2005 Edad: 16 años, 11 meses y 22 días
NIT 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio: ONCOMEDICA S.A.

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

02. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

883901 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON GADOLINIO DTPA +

898106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA ?

04. PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS

413101 BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien 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	CODIGO	EPS103
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)		NIT	☒ 801418364
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: utsumelcol.alcepsi2020@gmail.com		Contrato: 524-2022	
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			

DATOS DEL PACIENTE			
OTERO	CHIMA	HERMINA	ROSA

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1101126119	
☐ Registro Civil	☐ Pasaporte	☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad	☐ Adulto Sin Identificación	No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía	☐ Menor Sin Identificación	14/01/2005	Edad
		Fecha de Nacimiento	SUBSIDIO TOTAL
			MODALIDAD SUBSIDIO

Dirección de Residencia Habitual		Teléfono	
Departamento	LA GUAJIRA	44 Municipio	RIOHACHA 001
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización			
☐ Consulta Externa	☒ Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION
☐ Urgencias		Cama	
Manejo Integral Según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	Especialidad
413101	1	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	1	Fecha:	2022-02-02	Hora:	23:51
-----------------------------	---	--------	------------	-------	-------

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	
Recaudo del prestador		Reclamo de ticket, 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			
☐ Otro			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA	
Nombre de quien autoriza	Teléfono
LORENA MUELAS PECHENE	
Cargo o actividad: AUX DE ENFERMERIA	Teléfono Celular:

FOM 02/02/2022	
808004 Medula osea +033101 PUNCIÓN LUMBAR (DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA)	
+808106 ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA +808002 Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u	
+903850 Líquido cefalorraquídeo, examen físico y citológico (incluye: glucosa, proteínas, cloruros)	

Firma del Paciente

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

Página 1 de 1



AREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

FORMATO DE COTIZACIÓN

CÓDIGO:

FR-AD-GCM-009

FECHA DE APROBACIÓN

VERSIÓN: 002

FECHA 08/01/2022

CLIENTE

UT SUMEICOL

TARIFA

PROPIA

NOMBRE DEL PACIENTE

HERMINIA ROSA OTERO CHIMA

I.D.

1.101.126.110

CODIGO

DESCRIPCION

CANTIDAD

VR. UNIT

VR. TOTAL

890602-7

CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA
ESPECIALIZADA - NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

1

\$ 190.800

\$190.800

Nota: se realiza cotización del servicio prestado el 07/01/2022

SON:

CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL

VR. BRUTO

\$190.800

COOPAGO

PAGO

COMPARTIDO

DCTO

VALOR TOTAL

\$190.800

Coordinador de Gestión de Cuentas Médicas



AREA ADMINISTRATIVA
GESTIÓN DE CUENTAS MÉDICAS

FORMATO DE COTIZACIÓN

CÓDIGO:

FR-AD-GCM-009

FECHA DE APROBACIÓN

VERSIÓN: 002

FECHA: 07/01/2022

CLIENTE: SUMEICOL EPS

TARIFA

PROPIA

NOMBRE DEL PACIENTE: HERMINIA ROSA OTERO CHIMA

I.D.

11101.126.110

CODIGO

DESCRIPCION

CANTIDAD

VR. UNIT

VR. TOTAL

890602-1

CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA
ESPECIALIZADA - INFECTOLOGIA PEDIATRICA

1

\$ 190.800

\$190.800

Nota: se realiza cotización del servicio prestado el 04/01/2022

SON: CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL

VR. BRUTO

\$190.800

COOPAGO

PAGO

COMPARTIDO

DCTO

VALOR TOTAL

\$190.800

Coordinador de Gestión de Cuentas Médicas



Oncomedica S.A.
NIT: 812007194
CR 6ª # 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 ONCF177599



Nombre Cliente: UNION TEMPORAL SUMEICOL 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:			Cubre Desde:25.NOV.2021 Hasta: 12.FEB.2022	
E-Mail: utsumeicol.alcepsi2020@gmail.com				
No. Contrato:	Tipo Contrato:Evento	Otro	Responsable:UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS	
Código ERP:				

Paciente: DOMICO DOMICO LUZ EDILMA		No. Admisión: 0100593638		
No. Doc.: 1039476498	Tipo Doc.: TI	Teléfono: NO REGISTRA		
Dirección: COMUNIDAD TAPARALES - DABEIBA		No. Póliza:		
Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR		No. Autorización: 5045287		

Código	Descripción	Valor Total
Area Funcional:	02 QUIMIOTERAPIA	

14	MATERIALES E INSUMOS	160,720.00
15	MEDICAMENTOS POS	9,801,364.00

Subtotal Area >>> 9,962,084.00

Area Funcional: 08 IMAGENOLOGIA

13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	253,700.00
15	MEDICAMENTOS POS	767,242.00

Subtotal Area >>> 1,020,942.00

Area Funcional: 09 HOSPITALIZACION PISO 2 T1

02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	138,645.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,368,600.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	22,611,400.00
07	DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	509,600.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	16,625,400.00
14	MATERIALES E INSUMOS	4,232,422.00
15	MEDICAMENTOS POS	14,083,143.00
19	LABORATORIO CLINICO	4,536,660.00
27	TOMOGRAFIAS COMPUTARIZADAS	377,400.00

Subtotal Area >>> 64,483,270.00

Area Funcional: 16 CIRUGIA

01	CIRUGIAS GENERALES	954,000.00
14	MATERIALES E INSUMOS	170,800.00
15	MEDICAMENTOS POS	31,500.00
19	LABORATORIO CLINICO	92,900.00

Cirugia	413101C	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Valor Servicio Qx
	39003	Grupo 05	115,400.00
	39003	Grupo 05	115,400.00
	39103	Grupo 05	75,400.00
	39103	Grupo 05	75,400.00
	39207	Grupo 05	205,700.00
	39207	Grupo 05	205,700.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
	39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	84,100.00
01	CIRUGIAS GENERALES		961,200.00



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.aicapsi2020@gmail.com

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

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.: TI

Teléfono: NO REGISTRA

Dirección: COMUNIDAD TAPARALES - DABEIBA

No. Poliza:

Médico: ALFREDO ENRIQUE DE LA HOZ PASTOR

No. Autorización: 5045287

Código	Descripción	Valor Total
--------	-------------	-------------

Subtotal Area >>> 2,210,400.00

Area Funcional: 68

UCI PEDIATRICA PISO 3 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	833,400.00
05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	5,015,500.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	4,055,800.00
14	MATERIALES E INSUMOS	768,214.00
15	MEDICAMENTOS POS	3,129,800.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,116,500.00
21	GASES MEDICINALES	607,726.00

Subtotal Area >>> 15,526,940.00

Area Funcional: 69

UCI PEDIATRICO INTERMEDIOS PISO 4 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

05	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE	2,674,600.00
21	GASES MEDICINALES	255,206.00

Subtotal Area >>> 2,929,806.00

Area Funcional: 73

HOSPITALIZACION PISO 4 T2

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA

01	CIRUGIAS GENERALES	318,000.00
02	IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA	80,500.00
03	CONSULTA MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	881,100.00
13	SERVICIOS DE APOYO EN LA ATENCION DE SALUD	1,339,200.00
14	MATERIALES E INSUMOS	326,050.00
15	MEDICAMENTOS POS	408,026.00
19	LABORATORIO CLINICO	1,691,100.00
26	RESONANCIA	1,692,300.00
31	ECOGRAFIAS	650,200.00
99	QUIMIOTERAPIA	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



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.aicepsi2020@gmail.com

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

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.: TI

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:

Vendedor:

Se hace constar que la firma distinta al comprador supone que dicha persona está autorizada para firmar y recibir, confesar la deuda y obligar al contratante. Recibí conforme la mercancía. Acepto esta factura

FACTURACIÓN UT SUMEICOL
 NIT. 901418364-1

Firma

Firma

FECHA: 13.02.22

RECIBE: [Firma]

Habilitación Numeración de Facturación Electrónica Dian N° 18764022346823 del 03/12/2021 al 03/12/2023. Vigencia: 24 meses, Preijo 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: Crédito

Medio de Pago: Transferencia Electrónica

Plazo: 30 Días

CUIFE: 28e87d99bdc1ba218dd7c378890e2b8072e12399cdd80455d2722889c03c69491ca516b561b8761b31572eb4f7909b44



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 DEL CAUCA		CODIGO EPS103	
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		Municipio MONTERIA	
Correo: ulsumicol.alcepsl2020@gmail.com		Contrato: 524-2022		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		LUZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				1038476498	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		Edad	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		17/01/2005	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual DABEIBA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		05		Municipio DABEIBA	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACIÓN					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS Cantidad Descripción Especialidad					
106M01 1 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2022-02-03		Hora: 23:29	
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 liquide, bono o vale de pago ☐					
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 \$	
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN				Teléfono Celular:	
FOM 03/02/2022					

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

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMECOL IPS
NIT: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
3/02/2022
3:31:48 p. m.

Usuario: II 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA

Orden de Servicios No. 3279

Dirección y Tel: CALLE 1 Nº 4-50 239968

17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 15 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

NIT 817001773-3 CALLE 1 Nº 4-50 Teléfono 239968

Control: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06	ESTANCIAS	106MO1	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	1
----	-----------	--------	--	---

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

0045288

Fecha: 03/02/2022

Hora: 23:31:59

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPS003	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C C ☐ Número	
Código 901418364		Dirección del Prestador CALLE 42 10A 38 BARRIO LOS LAURELES			
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumicol.alcepsl2020@gmail.com		Contrato: 524-2022			
RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD					
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		LUZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación				2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
				1039478498	
				17/01/2005	
				Fecha de Nacimiento	
				SUBSIDIO TOTAL	
				MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual DABEIBA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio DABEIBA		234	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias Cama					
Manejo Integral Según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
10A001		1		INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	
Especialidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2022-02-03		Hora: 23:31	
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 liquete, bono o vale de pago				☐	
Recaudo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora				0.00 \$	
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN				Teléfono Celular:	
FOM 03/02/2022					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS
Nit: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

Fecha Orden
3/02/2022
3:30:35 p.m.

Usuario: TI 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA

Orden de Servicios No. 3278

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

17/01/2005 Edad: 17 años. 0 meses y 15 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 - ESTANCIAS	1
----------------	---

10A001 INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente



Nit: 901418364-1 Codigo: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

3/02/2022
3:31:48 p. m.

Usuario: TI 1039476498 DÓMICO DOMICO LUZ EDILMA

Orden de Servicios No. 3279

Dirección y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968

17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 15 días

Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA

Nit 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.

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

06 ESTANCIAS

106M01 INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO

1

Total Servicios:

ROGER EDUARDO GIMÉNEZ

Quien Autoriza

MONICA FAJARDO ARGEL

Firma Realizó

Firma Paciente



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION POP

6035360

Fecha: 29/01/2022

Hora: 10:47:41

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA		CODIGO EPSI03	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)				NIT ☒ 901418364	
Nombre UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS				C.C. ☐ Numero	
Codigo 9014183641 Dirección del Prestador: CALLE 42 10A 36 BARRIO LOS LAURELES					
Teléfono 3137764435		Departamento CORDOBA		Municipio MONTERIA	
Correo: utsumeicol.alcepsal2020@gmail.com		Contrato: 524-2022		RECUPERACION DE LA SALUD MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	
DATOS DEL PACIENTE					
DOMICO		DOMICO		LUZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1039476496		2do Nombre	
☐ Registro Civil		☐ Pasaporte		☐ Cédula de Extranjería	
☒ Tarjeta de Identidad		☐ Adulto Sin Identificación		☐ No Documento de Identificación	
☐ Cédula de Ciudadanía		☐ Menor Sin Identificación		Edad	
		17/01/2005		SUBSIDIO TOTAL	
		Fecha de Nacimiento		MODALIDAD SUBSIDIO	
Dirección de Residencia Habitual DABEIBA				Teléfono	
Departamento ANTIOQUIA		Municipio DABEIBA		234	
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización					
☐ Consulta Externa ☒ Hospitalización Servicio HOSPITALIZACION					
☐ Urgencias					
Manejo Integral Según Guía de:					
Codigo CUPS		Cantidad		Descripción	
090402		1		INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 1		Fecha: 2022-01-20		Hora: 10:47	
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 ticket, bono o vale de pago ☐					
Recibo del prestador		Concepto		Valor en pesos	
☐ Cuota Moderadora					
☒ Copago				0.00 \$	
☐ Cuota de Recuperación					
☐ Otro					
Porcentaje (%)					
0.00 %					
Valor Máximo (Tope) en pesos					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Teléfono	
FRANCIA ELENA GONZALEZ MOÑA					
Cargo o actividad: AUX REFERENCIA Y CONTRAREFEREN				Teléfono Celular:	
FOM 29/01/2022 ORDEN VALIDA PARA: 006048 1 INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]					

Esta orden de servicio es única e intransferible

Solo valida en la IPS autorizada

SUJETO AUDITORIA MEDICA <<VALIDEZ 90 DIAS>>

Firma del Paciente

Página 1 de 1



NII: 901418364-1 Código: 9014183641
CALLE 23 # 1 - 57 - 3137764435
MONTERIA - CORDOBA

31/01/2022
2:36:49 p. m.

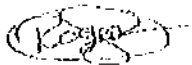
Usuario: TI 1039476498 DOMICO DOMICO LUZ EDILMA
Dir y Tel: CALLE 1 N° 4-50 239968
Administradora: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Contrato: 524 MODALIDAD EVENTO

Orden de Servicios No. 3164
17/01/2005 Edad: 17 años, 0 meses y 14 días
NII 817001773-3 CALLE 1 N° 4-50 Teléfono 239968

Prestador del Servicio ONCOMEDICA S.A.
Dirección y Teléfono: CRA 6 # 72-34 ED. IMAT Teléfono: 7854344

02 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
906840 INTERFERÓN GAMMA (GAMMAINTERFERÓN)

Total Servicios:


ROGER EDUARDO GIMENEZ
Quien Autoriza


MONICA FAJARDO ARGEL
Firma Realizó

Firma Paciente

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

0100593638

Admisión No.: 0100593638

HISTORIA CLINICA No.: 1039476498

Fecha / hora: 25.11.2021 / 21:40

Nombre: DOMICO DOMICO LUZ EDILMA		Tipo afiliado: Beneficiario		Nivel Socio Econ.: 1								
Identificación: TI 1039476498		Sexo: Femenino		Fecha nac. 17.ENE.2005 Edad: 10 Años 10								
Dirección: COMUNIDAD TAPARALES		Teléfono: NO REGISTRA										
Contratante: 901418364		UNION TEMPORAL SUMEICOL IPS		Tarifa Base: 523								
Plan: 90171		UNION TEMPORAL SUMEICOL										
IPS Asignada:												
Habitación: 04		Autorización N°:		Quién Autoriza:								
Sede Afiliado: DABEIBA		Tipo admisión: HOSPITALARIA										
Causa ext: 13 - ENFERMEDAD GENERAL												
Via Ing: 3 - REMITIDO												
Rx Ingreso:												
Médico Ingreso:		JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO										
Médico Tratante:		JULIO ELIAS AGAMEZ ARAUJO										
Póliza Número:		Carnet Número:										
Observaciones:												
DGALINDO												
Veces Admitido en las últimas		24 Horas	0	24 - 48 Hr	0	48 - 72 Hr	0	72 Hr - 30 D	0	Total 30 D.	0	Última Consulta
Religión: Católico												
Acompañante / Responsable						Teléfono:						
Nombre: MARTHA DOMICO												
Dirección: COMUNIDAD TAPARALES						Teléfono:						
Responsable:						Parentesco:						
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, concurre 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 pendiente, 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.905.869**

MENDOZA SIERRA

APELLIDOS
CRISTHIAN

NOMBRES

x Cristhian Mendoza
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1991**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **AB+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2009 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1300100-00208947-M-1067905869-20100113 0019935300A 2 33508105



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 crismen0419@gmail.com



Descargar

Volver



Cristhian Mendoza <crismen0416@gmail.com>

Registro PQRS 20236303150032 en ADRES

1 mensaje

Notificaciones ADRES <adminsmt@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 Ciudadanowww.adres.gov.co**ADRES**

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.

 **20236303150032.pdf**
3K

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, concurre 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 EPSL,** **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 EPSL,** 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 <crismen0416@gmail.com>

17 de octubre de 2023, 23:02

Para: notificacionesjudiciales@aicsalud.org.co

Señores

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC EPSIEmail: 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, concurre 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.



2 adjuntos

 **CC.pdf**
314K

 **PETICION AIC EPS.pdf**
58K

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, concuro 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...*»^[1] 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.

