

E.P. S S. O S

REQUISITOS PLANILLA CONVENIO S.O.S

1. Datos impresos legibles.
2. Identificación del usuario frente a documento a original
3. Firmas de autorización SOS: Se permite una de las dos firmas las cuales deben ser originales. La firma del campo "Aprobado Sala Tutelas" puede ser copia.
4. La firma del usuario debe ser original, y debe firmar con número de cédula.
5. Si firma el acompañante debe firmar con el nombre completo y número de cédula. No debe utilizar firma abreviada.
6. Debe contener sello de la Centro médico que lo atendió. Este requisito es para las planillas con trayecto de regreso.
7. Utilizar lapicero de tinta negra.
8. No se admiten enmendaduras.
9. La Planilla de la S.O.S es indispensable para todos los servicios Para los recibos de caja siempre deben ser los datos del usuario no los datos del acompañante
10. Solo se entrega un destino
11. Hacer recibo de caja por el formulario de convenios
12. Las tarifas a cobrar son la tarifa Vigente al momento de la prestación del servicio (PLENA)

Anexo Modelo de Planilla.

PLANILLA DE TRANSPORTE A USUARIOS
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD. S.A. SOS NIT 805.001.157-2

Datos Básicos del Usuario (Disponible por SOS)		
Nombre y Apellidos Usuario MARIA EMILCE RAMRIZ VELEZ	No. de Identificación CC4585312	
Dirección residencia CAIMALITO CENTRO C 400 PEREIRA	Telefono fijo/Cel. 3207536872 - 3218817955	
Nombre y Apellidos Acompañante ANGEL DAVID BENJUMEA GIRALDO	No. de Identificación CC 10050715	
Parentesco ESPOSO	Telefono fijo/Cel. 3207536872 - 3218817955	
Servicios solicitado por ANGELA NATALIA BETANCOURTH G.	Área / Sede PEREIRA	
Medio de transporte autorizado (Tiquete aéreo, terrestre intermunicipal y/o taxi urbano): TRANSPORTE INTERMUNICIPAL PEREIRA -CALI-PEREIRA TIQUETE	Tratamiento a Realizar: VALORACION CIRUGIA GENERAL	IPS o Especialista: CLINICA TEQUENDAMA
Motivo de Autorización: Tuteia <input checked="" type="checkbox"/> Segundo Concepto <input type="checkbox"/>	Número de notificación: 702369	Diagnóstico: N63X
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>SOS - REPOSICION</p> <p>Señal Nacional</p> <p>Unidad Nacional</p> </div> <div> <p>DR. ALBERTO VILLA ESCOBAR Rusua Director Sede CC - RDA</p> </div> <div> <p>AUDITORIA MEDICA DR. ALBERTO VILLA ESCOBAR R.M. 996 MS</p> </div> </div>		
<p>Atenciones: SOS EPS solo reconocerá los traslados específicamente aprobados en esta Planilla</p> <p>Firma Auditor En salud Sede / Médico USEE - SOS CC:</p>		

[illegible]

Datos Básicos Proveedor del Servicio (Diligenciar por el Transportador)			
Nombre del Conductor	Carlos Rozo cel.3006871428	No. de Identificación	Móvil
Empresa Transportadora	EXPRESO PALMIRA	NIT	Placa

Elaborar factura a nombre de SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. NIT.805.001.157-2 y enviar a CII 23A No.3N-55 Cali-Valle
ESTE DOCUMENTO DEBE ADJUNTARSE COMO SOPORTE A LA FACTURA DE TRANSPORTE.

Call - Colombia

RESPONDE AL LLAMADO DE LA VIDA

S
Servicio O
Entidad Pr
Central de Salud
toria de Salud
FIN