



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Seguimiento Administrativo Ente Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Fecha de corte: 21/11/2016

Sin datos en el régimen Subsidiado

Cierre Mes Anterior Régimen Subsidiado Bogotá - Fuente: BDUA-FOSYGA - Fecha de corte: 31/10/2016

Sin Datos

Cierre Mes Anterior Régimen Contributivo Bogotá - Fuente: BDUA-FOSYGA - Fecha de corte: 31/10/2016

Ver	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	EPS	Estado	Observación
Datos	TI	97061405821	LOPEZ	GALEANO	OMAR	DANIEL	SANITAS	Activo	Sin derecho a traslado de EPS, No aplica movilidad

Registros Régimen Excepción - Fuente: FiduPrevisora - Fecha de corte: 31/01/2015

No se encontraron registros

Encuesta Sisbén Metodología XII - Fuente: Departamento Nacional de Planeación - Fecha de corte: 22/09/2016

Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ficha Sisbén	Puntaje Sisbén	Nivel Sisbén	Fecha Modificación	Localidad	Estado
Datos	1247431	TI	97061405821	LOPEZ	GALEANO	OMAR	DANIEL	3004564	66.38	Baja Mayor	04/06/2010	San Cristóbal	Valido

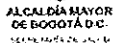
Registros Población Especial - Fuente: Listados censales de autoridades competentes - Fecha de corte: 21/11/2016

Sin Datos

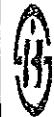
Registros SidesWeb - Fuente: Sistema SidesWeb Alcaldía de Bogotá - Fecha de corte: 02/03/2015

Sin Datos

Registros Identificación Provisional (PPNA) - Fuente: Hospitales Red Adscrita al SPS - Fecha de corte: 20/11/2016



Elaborado por: Ángela Patricia Santos
Revisado por: Consuelo Peña Aponte.
Aprobado por: Elsa Graciela Martínez.
Control documental:
Dirección Planeación y Sistemas - Grupo SIG



HOSPITAL SAYRE
HUNTER C.S.E.

DD	MM	AA
20	11	2011

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor,

AFILIACION SGSSS

SOLICITUD DE REFERENCIA

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
Hospitalización		112710			Clínica Emanuel	
Cuidado Especial					Dr. Mario Perera	
Nivel de Atención requerido:		I Nivel	II Nivel	III Nivel		

Anamnesis

Examen físico

Paciente con aumento de mallas SPPT de 10 años
de origen de dependencia, con conductas hetero-
sexuales, actividad sexual, uso de drogas, ingesta
de alcohol, y antecedentes de desajuste.

Resultados exámenes diagnósticos

[illegible]

MOTIVO REFERENCIA

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)

CANCELACION DE LA REFERENCIA

MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE	2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE	3. DX NO CONCORDANTE	4. SALIDA VOLUNTARIA
5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR	6. REMISION NO PERTINENTE	7. MEJORIA DEL PACIENTE	8. ALTA DEL PACIENTE
9. AUTORIZACION VENCIDA	10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE	11. AUTORIZACION DEL SERVICIO	
12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA	13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA		
14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION	15. OTRO	Cuál:	Firma de quien cancela