



ANEXO TÉCNICO N°4  
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Número Autorización 43113041

Fecha y hora de la Autorización 03/10/2024 14:35

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento	NIT	- 860010783	Código de habilitación	1100107521
Razón Social	CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA CLINICA NUEVA			
Departamento	Bogotá D. C.	Ciudad/Municipio	BOGOTÁ, D.C.	001
Dirección	CL 45 F 16 A 11		Teléfono	- 3274444 ext 515-530
Pagador	2246	Positiva Compañía de Seguros S.A		

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento	CC	Número de Documento	79491968				
Nombre	JORGE AUGUSTO CORDOBA OCHOA					Fecha de Nacimiento	24/09/1969
Departamento	Bogotá D. C.		Ciudad/Municipio	BOGOTÁ, D.C.	001		
Zona	Urbana		Localidad			Barrio	libertadores San Cristobal
Dirección Residencial	CRA 11 B ESTE N 70-13 SUR						
Correo Electrónico	jorgeaugustocordoba@gmail.com						
Teléfono Fijo Particular	1	3494056	Teléfono Fijo Laboral	31	4349405	Extensión	34940
Celular Particular	314	3494056	Celular Laboral	314	3494056		
Cobertura en Salud	Régimen contributivo						

RELACIÓN LABORAL

Tipo Documento	No. Documento	Razón Social	Fecha Vinculación	Estado
NIT	899999717	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA	27/11/17 12:00 AM	Inactiva

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 43113040

No. Siniestro 307325166

	Diagnósticos	
	Código	Descripción
Diagnóstico Principal	S298	OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS
Diagnóstico relacionado 1	S900	CONTUSION DEL TOBILLO
Diagnóstico relacionado 2	S328	FRACTURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS
Diagnóstico relacionado 3	S923	FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO
Diagnóstico relacionado 4	S701	CONTUSION DEL MUSLO

SERVICIO(S) AUTORIZADO(S)

Manejo integral según Guía de

\* Para autorizaciones de medicamentos aplica la cantidad mínima dispensada

Código	Descripción	* Cantidad	Motivo de la Autorización
890374	Consulta de control o de seguimiento por especialista en neurologia	1	Autorización Automática Positiva Compañía de Seguros

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 autorización de  ☐ Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del proveedor			
Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en
<input type="checkbox"/> Cuota Moderadora			
<input type="checkbox"/> Copago			
<input type="checkbox"/> Cuota de recuperación			
<input type="checkbox"/> Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre	Positiva Compañía de Seguros S.A		
Cargo o actividad	Positiva Compañía de Seguros S.A		
Teléfono de Contacto 1	330-7000	Teléfono de Contacto 2	01-8000 111-