



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Lazos



2024002545190

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 2024002545190

Fecha: 04/10/2024

Hora: 07:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: EMSSANAR S.A.S.		CÓDIGO: ESS118	
Nombre prestador: RED MEDICRON IPS - COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD - IPIALES (NARIÑO)		NIT/CC: 900077584	
Código: 523560121309	Dirección prestador: KR 4 A # 14 - 52		
Departamento: NARIÑO	52	Municipio: IPIALES	356
Teléfono: (602) 7380070			

DATOS DEL PACIENTE			
ESPINOSA		CLEOFE	ISABEL
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		27244681	
<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Fecha de nacimiento:	06/10/1943
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	Régimen afiliación:	SUBSIDIADO
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia		
Dirección de residencia habitual: BR ESCRITORIO		Teléfono:	
Departamento: NARIÑO	52	Municipio: PUERRES	573
Teléfono celular: 3122261375		Correo electrónico:	

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	Cama
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según guía de:		
SERVICIO	CÓDIGO	CANTIDAD
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	890211	1
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	890206	1
ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903803	1
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL. -- INCY : AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO - A LA PAREJA O A LA FAMILIA - METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	890209	1
COLESTEROL TOTAL	903818	1
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	902210	1
CREATININA EN ORINA PARCIAL	903876	1
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	895100	1
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	903815	1
FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903835	1
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	890208	1
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	890201	1
UROANALISIS	907106	1
HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	904912	1



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Lazos



2024002545190

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 2024002545190

Fecha: 04/10/2024

Hora: 07:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	EMSSANAR S.A.S.	CÓDIGO:	ESS118
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	903817	1	
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	903895	1	
MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	903026	1	
CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	903810	1	
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	903841	1	
TRIGLICERIDOS	903868	1	

Notas auditor: 903841, 903810, 903895, 903815, 903817, 902210, 907106, 903835, 903818, 895100, 903803, 890211, 890209, 903876, 890208, 904912, 903868, 903026, 890201, 890206 SUJETO A AUDITORIA MEDICA. VALIDO SOLO PARA EVENTOS POS. SE REALIZARÁ DESCUENTO SI CORRESPONDE A PGP O CAPITA

Justificación clínica: .HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTADIO 1 CONTROLADA -ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3B-A2 POR COCKROFT-GAULT, COCIENTE POSITIVO UROANÁLISIS NEGATIVO. -DISLIPIDEMIA NO CONTORALDA EN TTO -HIPOTIROIDISMO PRIMARIO CONTORALDO - RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO - EPOC OXIGENO REQUIRIENTE EN CONTORL CON IPS PRIMARIA - POLIGLOBULIA EN CONTROL CON HEMATOLOGIA V/ 2023 QUIEN ORDENO PARA CLINICOS Y CONTROL CON RESULTADOS - PESO INSUFICIENTE .

NÚMERO DE SOLICITUD DE ORIGEN:

34538571

Fecha: 04/10/2024

Hora: 07:36

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago	100,00 %			
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización	1388			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor a pagar por el usuario	Porcentaje (%)	Acumulado copago en el año
<input type="checkbox"/>	Cuota moderadora			0,00
<input type="checkbox"/>	Copago			
<input type="checkbox"/>	Cuota de recuperación			Valor máximo (Tope) en pesos
<input checked="" type="checkbox"/>	Exceptuado cuota moderadora / Copago			
<input type="checkbox"/>	Otro. Cuál			

Centro de costo

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: Autorizador Emssanar

Teléfonos: Nariño - Putumayo 2-733 68 89

Cargo o actividad: AUTORIZADOR SISTEMA

Cauca - Valle 2-385 02 12

Línea gratuita nacional 01-8000-129393

Teléfono celular:

Sujeto a auditoría médica

Caducidad de la Autorización 180 días