



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



Lazos



2024002486145

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 2024002486145

Fecha: 01/10/2024

Hora: 08:46

| | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|-----|
| 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

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--------------------|---------------------|-----|------------|--|
| CHAMORRO | | TAPIA | | BERTA | | ELISA | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | | 2do Nombre | |
| Tipo Documento de Identificación | | | | 27074281 | | | |
| <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 | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación | Fecha de nacimiento: | | 25/11/1947 | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería | <input type="checkbox"/> Permiso especial de permanencia | Régimen afiliación: | | SUBSIDIADO | | | |
| Dirección de residencia habitual: VDA EL CARCHI | | | | | | Teléfono: | |
| Departamento: NARIÑO | | 52 | Municipio: CUASPUD | | 224 | | |
| Teléfono celular: 3185397726 | | | | 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 |
|-------------------------|--------|----------|
| CALCIO SEMIAUTOMATIZADO | 903810 | 1 |

Notas auditor: 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-A1 POR COCKROFT-GAULT -COCIENTE NEGATIVO, UROANÁLISIS NEGATIVO - DISLIPIDEMIA MIXTA - HIPOTIROIDISMO PRIMARIO -RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO .

NÚMERO DE SOLICITUD DE ORIGEN: 34510600 Fecha: 01/10/2024 Hora: 07:37

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 | | | Valor máximo (Tope) en pesos | |
| <input type="checkbox"/> | Cuota de recuperación | | | | |
| <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: Yesica Rocio Caicedo Santacruz

Teléfonos: Nariño - Putumayo 2-733 68 89

Cargo o actividad:

Cauca - Valle 2-385 02 12

Teléfono celular:

Línea gratuita nacional 01-8000-129393

Sujeto a auditoría médica

Caducidad de la Autorización 180 días

Fecha de impresión: 2024-11-06 Hora: 08:11 a.m. Usuario: NEFRO IPS OBRERO UNO-22143 Original No: 1



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



Lazos



2024002486145

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 2024002486145

Fecha: 01/10/2024

Hora: 08:46

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

EMSSANAR S.A.S.

CÓDIGO: ESS118