

NIT: 900958564

**MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

No. Solicitud	1806114879	Fecha	11/jun./2018	Hora	01:27 a. m.
---------------	------------	-------	--------------	------	-------------

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante):

Nombre:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	Nit:	900958564
Codigo:	110013029401	Direccion:	Carrera 20 No. 47B-35 Sur
Departamento	BOGOTA	Codigo	11
Municipio	BOGOTA	Codigo	001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):	ENTIDAD PROM. DE SALUD FAMISANAR SAS	Codigo	EPS017
---	--------------------------------------	--------	--------

DATOS DEL PACIENTE

MENESES			VALDERRAMA		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
ANA			RUT		
Primer Nombre			Segundo Nombre		
Tipo de Documento:	Tarjeta_de_Identidad	Numero de Documento de Identificacion		1000986478	
Fecha de Nacimiento:	06/07/2001 12:00:00 a. m.	Telefono	True		
Dirección:	CALLE 114 A SUR NO 43 ESTE 01				
Departamento:	BOGOTA	Codigo	11		
Municipio:	BOGOTA	Codigo	001		
Cobertura en Salud:	Contributivo				

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención:	Enfermedad_General_Adulto	Tipo de Servicio Solicitado:	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención:	Prioritaria		
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización:		Hospitalizacion	
Servicio:	CONSULTA URGENCIAS - USS SANTA LIBRADA	Cama:	

Manejo Integral Segun Guia de:

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
S11104	1	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION DE CUATRO CAMAS
Justificación Clínica:	SE SOLICITA ESTANCIA PARA EL DIA 10	
Impresión Diagnóstica:		
Diagnóstico Principal	X647	ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS MEDICAMENTOS Y SUSTAN
Diagnostico relacionado1		
Diagnostico Relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	MILTON MEJIA		
Telefono Fijo:	(766)066-6____	Telefono Celular:	
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext
Cargo o Actividad:	USUARIO SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR		