

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: B45F5CFAAD

Fecha Historia: 8/10/2024 10:11:55 a. m.

Página: 1/1

Número de Folio: 11

Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: BEJARANO MOLINA

Nombres: OSCAR SANTIAGO

Dirección: TRAV 60 N 72 05 - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA

Teléfono: 3177999928 - 3178449898

Entidad Responsable: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Seguridad Social: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Tipo Documento: TI Numero: 1029286858

Edad: 13 Años 03 Meses 03 Dias (5/07/2011)

Sexo: MASCULINO

Tipo Paciente: Tomador/ Amparado Planes voluntarios de salud

Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 1 Mes(es) con la Especialidad de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

SERVICIOS DE CONTROL

Código Servicio

890381

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnostico

S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

Observaciones

Principal



Vigencia: (Formula vigente para 30 días)

Profesional: JOSE ARMANDO AMADOR GUTIERREZ

Cita Para

8/11/2024

Hora: 1:30 pm

Cita 7 - Nov - 3:00 p.

Radiografía de codo.

Aut Intenp
25886526

Aut
42948099

Poliza 310002667

Profesional: JOSE ARMANDO AMADOR GUTIERREZ

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

Tarjeta Prof. # 19205687

Impreso el 08/10/2024 a las 10:12:05 Por el Usuario 1870 - JOSE AMADOR

Indigo Vie EHR - Powered By Vie HealthTech - to FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA Nit: 899999123-7



Póliza No.: 3100026635

Tomador: FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

Identificador Tomador: 8600201946

Asegurado: OSCAR SANTIAGO BEJARANO MOLINA

Identificador Asegurado: R.C. 1029286858

Nivel Educativo: 802

VIGENCIA DEL CARNÉ

INICIO 01/01/2024 FIN 01/01/2025

Esta carta vale hasta el 31/12/2024 y no se puede renovar.

Accidentes Personales



Generación
Positiva

EN CASO DE ACCIDENTE:

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **330 7000** o desde los operadores Claro, Movistar, Tigo o ETB al #533.

www.positiva.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Ministerio de
Salud



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



Número Autorización 42948099

Fecha y hora de la Autorización 19/09/2024 16:11

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento NIT - 909999123 Código de habilitación 1100105681
Razón Social FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001 Sede FUNDACION HOSPITAL DE LA
Dirección Avenida Carrera 14 No 165 Teléfono - 3811970 EXT 227
Pagador 2246 Positiva Compañía de Seguros S.A

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento RC Número de Documento 1029286558
Nombre OSCAR SANTIAGO BEJARANO MOLINA Fecha de Nacimiento 05/07/2011
Departamento Bogotá D. C. Ciudad/Municipio BOGOTÁ, D.C. 001
Zona Rural Localidad Barrio
Dirección Residencial TRANSVERSAL 60#72-05
Correo Electrónico bejaranooscar015065@gmail.com
Teléfono Fijo Particular 0 Teléfono Fijo Laboral Extensión
Celular Particular 317799928 Celular Laboral
Cobertura en Salud

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Tipo Póliza	Sucursal	Ramo	Póliza NO.	Desde	Hasta	Valor Asegurado
	37005 - SUCURSAL BOGOTÁ	ACCIDENTES PERSONALES	3100026635	01/01/2024	01/01/2025	\$ 10.000.000.00

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	Valor unitario
APGP01	PAQUETE POLIZAS INICIAL URGENCIAS	1	Autorizado	500000
			Valor total autorización	500000

Esta autorización cubre un valor parcial del total de la cobertura, si requiere servicios adicionales que superen este valor, favor solicitar una nueva autorización.

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

Reclamo de liquete, bono o vale de pago

Recibo del proveedor

Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tepe) en
Cuota Moderadora			
Copago			
Cuota de recuperación			
Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre ANYIE LORENA MORENO LOAIZA

Cargo o actividad Auxiliar de enfermería

Teléfono de Contacto 1 3307000

Teléfono de Contacto 2 3100000

* Válido por 60 días a partir de la fecha de autorización

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.286.858**
BEJARANO MOLINA

APELLIDOS
OSCAR SANTIAGO

NOMBRES
Oscar Santiago Bejarano Molina

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-2011**
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-JUL-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
02-OCT-2019 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCÍA VILLALBA



P-1500150-01107987-M-1029286858-20191106 0068716883A 1 1105680856