

Solicitada el: 26/06/2018 14:21:51  
Autorizada el: 30/07/2018 15:23:57  
Impresa el: 06/08/2018 16:22:49

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: (POS) 247-37966381  
Código EPS: EPS017

Afiliado: 11007510189 RIOS QUIMBAYO HELVER EULICES

Edad: 17.12 Fecha Nacimiento: 28/06/2001  
Dirección Afiliado: CL 10 E NBO 2A 16  
Teléfono afiliado: 1 3208038957  
Correo electrónico:

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)  
Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: FACATATIVA (269)  
Teléfono celular afiliado:

Solicitado por: CLINICA SANTA ANA LTDA - FACATATIVA

Nit: 800242197 - 2  
Dirección: CL 3 # 4 - 22  
Teléfono: 1 - 3118227258

Código: 252690014101  
Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: FACATATIVA (269)

Ordenado por: TORRES BOLAÑO EVANYS PATRICIA

Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092 - 4  
Dirección: CALLE 136 # 62 A 46  
Teléfono: 1 - 6334257 - 3173648950

Código: 110012151501  
Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo integral según guía:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
ISS-2001-F890234	1	VALORACION INICIAL FARMACODEPENDENCIA

Afiliado cancela de C. Moderadora \$3.000

SE AY R AUT NUM 36840276//, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Firma Afiliado ó Acudiente

E.P.S. FAMISANAR S.A.S.

Autorizador: ANDREA GUTIERREZ RUIZ  
Cargo o Actividad: PROFESIONAL APS

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

\* \* Referencia - Cuenta Médica: 247-48785609

Registro impreso por: VIVIANA PAOLA GOMEZ FAJARDO

1102-06

07-2017

En caso de no poder cancelar, el afiliado debe cancelar con el EPS de su elección.