

Autorización Servicios



Solicitada el: 23/08/2018 09:33
 Autorizada el: 23/08/2018 09:33
 Impresa el: 23/08/2018 09:45

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° Autorización: (POS) P071-92828180
 Código Eps: EPS037

Afiliado: **CC 52356034 SALAZAR GONZALEZ LUZ MIRIAM**

Edad: 41 Fecha Nacimiento: 08/04/1977 Tipo Afiliado: 2DO.COTIZ. (A)
 Dirección Afiliado: CL 17 NRO 13AC 10 Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: MOSQUERA 473
 Teléfono Afiliado: (1)-3203415724 Celular Afiliado: Correo Electrónico:
 IPS Primaria: CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS - MOSQUERA

Solicitado por: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL

Nit: 901061505 7 Código: 110012151503

Dirección: CALLE 136 N° 52 A 46

Teléfono: (1)-

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11 Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Ordenado por: INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL

Remitido a: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL

Nit: 901061505 7 Código: 110012151503

Dirección: CALLE 136 N° 52 A 46

Teléfono: (1)-

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11 Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Ubicación Paciente: URGENCIAS

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: F438 OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE

Código	Cantidad	Descripción Servicio
PROPIAS-890702	1	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

PSIQUIATRIA

Manejo Integral Según Guía : No

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: LISBEYDY YURANI RAMIREZ LOPEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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 30 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P071-112779612

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ

Autorización Servicios



Solicitada el: 20/08/2018 05:53
 Autorizada el: 23/08/2018 00:42
 Impresa el: 23/08/2018 07:22

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° Autorización: (POS) P071-92813382
 Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 52356034 SALAZAR GONZALEZ LUZ MIRIAM

Edad: 41 Fecha Nacimiento: 08/04/1977 Tipo Afiliado: 2DO.COTIZ. (A)
 Dirección Afiliado: CL 17 NRO 13AC 10 Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: MOSQUERA 473
 Teléfono Afiliado: (1)-3203415724 Celular Afiliado: Correo Electrónico:
 IPS Primaria: CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS - MOSQUERA

Solicitado por: E.S.E. MARIA AUXILIADORA DE MOSQUERA

Nit: 832010436 9 Código: 254730030301
 Dirección: CL 3 NO. 1-19 ESTE Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: MOSQUERA 473
 Teléfono: (1)-8932394

Ordenado por: INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL
Remitido a: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL
 Nit: 901061505 7 Código: 110012151503
 Dirección: CALLE 136 N° 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL 11 Municipio: BOGOTA, D.C. 001
 Teléfono: (1)-

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: X645	ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS, MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLOGICAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS, EN COMERCIO Y AREA DE SERVICIOS
-----------------	---

Estancia de 1 día(s) por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

22+59 SE ACEPTA PACIENTE EN SEDE FACATATIVÁ VEREDA LOS MANZANOS KM3 VÍA FLORIDA ANOLAIMA. REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. DEBE ACUDIR EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR.

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: JUAN MANUEL LOPEZ PEÑA

Cargo: REF

Teléfono : 0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: NIDIA CONSTANZA VALBUENA BARRIGA

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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 30 días a partir de la fecha de Autorización.