

# Autorización Servicios



**Solicitada el:** 18/04/2018 18:49  
**Autorizada el:** 24/04/2018 12:05  
**Impresa el:** 25/04/2018 07:56

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) P071-87069704  
**Código Eps:** EPS037

**Afiliado:** CC 21064463 GUTIERREZ LEAL ANA TULIA

**Edad:** 79 **Fecha Nacimiento:** 18/04/1939 **Tipo Afiliado:** BENEFICIARIO (A)  
**Dirección Afiliado:** CL 54 SUR # 15 - 64 **Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001  
**Teléfono Afiliado:** (1)-3202931602 **Celular Afiliado:** 3202951602 **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR ALQUERIA

**Solicitado por:** CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD  
**Nit:** 900210981 6 **Código:** 110011864201  
**Dirección:** CLL. 24 NO. 29 - 45 **Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001  
**Teléfono:** (1)-

**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

<b>Dx:</b>	F059	DELIRIO, NO ESPECIFICADO
------------	------	--------------------------

Estancia de 1 día(s) desde el 24/04/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]  
 Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$224,216

ME ENVÍAN AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS SE ACEPTA INGRESO DE LA PACIENTE EN SEDE FACATATIVA, ASISTIR CON ACOMPAÑANTE

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 0

**Cargo:** 0

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** CINDY KATHERINE POVEDA ARANZALEZ

**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: P071-105277838  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ