

# Autorización Servicios



Solicitada el: 24/04/2018 10:57  
 Autorizada el: 24/04/2018 19:56  
 Impresa el: 26/04/2018 08:36

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-87101141  
 Código Eps: EPS037

**Afiliado: CC 1073170485 MURCIA CUELLAR JUAN ALEJANDRO**

**Edad:** 22 **Fecha Nacimiento:** 11/07/1995 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** KM 6 VIA VILLET A **Departamento:** CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** FACATATIVA 269  
**Teléfono Afiliado:** (1)-3219409160 **Celular Afiliado:** 3124923342 **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS -FACATATIVA

**Solicitado por:** E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

**Nit:** 899999151 3 **Código:** 252690004901  
**Dirección:** KR 2 # 1 - 80 **Departamento:** CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** FACATATIVA 269  
**Teléfono:** (1)-8422700

**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> F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
-----------------	-------------------------

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

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:** 0

**Cargo:** 0

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** ALBA JEANNETHE GALVIS AREVALO

**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: P071-105600174

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ