

Autorización Servicios



Solicitada el: 08/06/2018 08:03
Autorizada el: 09/06/2018 16:01
Impresa el: 09/06/2018 21:20

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-89291088
Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 1104710947 URIBE SIERRA JULIAN ANDRES

Edad: 20 Fecha Nacimiento: 17/07/1997 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)
Dirección Afiliado: CALLE 44 CARRERA 25 NRO 20 22 Departamento: CALDAS 17 Municipio: MANIZALES 001
Teléfono Afiliado: (6)- Celular Afiliado: Correo Electrónico:
IPS Primaria: UNION TEMPORAL VIVA MANIZALES SEDE CENTRO

Solicitado por: SUBSIDIADO-HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO TOLIMA E.S.E.

Nit: 890701718 7 Código: 734110068701
Dirección: CALLE 4 N° 2 - 111 Departamento: TOLIMA 73 Municipio: LIBANO 411
Teléfono: (8)-098 - 2564496 - 2564187

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: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx:	F198	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
-----	------	---

Estancia de 1 día(s) desde el 09/06/2018 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 ARMANDO CESAR CASAS ROMAN

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: 2

Cargo: 0

Teléfono :0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: ANA DORIS MONTANO ZABALA

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: P071-108281200

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ