

# Autorización Servicios



**Solicitada el:** 21/08/2018 14:35  
**Autorizada el:** 28/08/2018 10:40  
**Impresa el:** 29/08/2018 14:47

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) P071-93064698  
**Código Eps:** EPS037

**Afiliado:** CC 1053613171 CELIS MEDINA ALBA ROCIO

**Edad:** 23 **Fecha Nacimiento:** 10/01/1995 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** LOS ROSALES **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** PAIPA 516  
**Teléfono Afiliado:** (8)-3133993126 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PAIPA

**Solicitado por:** SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA-DUITAMA  
**Nit:** 891855438 4 **Código:** 152380066401  
**Dirección:** AV AMERICAS KR 35 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** DUITAMA 238  
**Teléfono:** (8)-

**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:** F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS

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

E 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.

MEDICO QUE RECIBE: CINDY MILEIDY CELY GUZMAN

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 0

**Cargo:** 0

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** MARIA DE ROSARIO CASTILLO

**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: P071-112665817  
Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ