

# Autorización Servicios



Solicitada el: 29/06/2018 09:04  
 Autorizada el: 01/07/2018 15:41  
 Impresa el: 02/07/2018 18:51

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-90285567  
 Código Eps: EPS037

**Afiliado: TI 1002730011 QUICAZAQUE LOPEZ LEIDY DANIELA**

**Edad:** 17 **Fecha Nacimiento:** 24/08/2000 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** VIRACACHA 879  
**Teléfono Afiliado:** (8)- **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** SUBSIDIADO-E.S.E CENTRO DE SALUD VIRACACHA

**Solicitado por:** SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA  
**Nit:** 891800231 0 **Código:** 150010038701  
**Dirección:** CRA 11 N°27-27 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** TUNJA 001  
**Teléfono:** (8)-7405030 ext 2154, 2168,

**Ordenado por:** INSTITUCIONAL 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:** CONSULTA EXTERNA

**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL

<b>Dx:</b> X849	LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR MEDIOS NO ESPECIFICADOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO
-----------------	---

Código	Cantidad	Descripción Servicio
PROPIAS-890202	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

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 ADRIANA DEL PILAR CASTELLANOS GONZALEZ

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** DAYANA CORREDOR

**Cargo:** 00

**Teléfono :**00

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** ANGELICA MARIA BUITRAGO GUZMAN

**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 90 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P071-109543521

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ