

## Autorización de Servicios



Solicitada el: 27/04/2016 22:05  
 Autorizada 28/04/2016 07:21  
 Impresa el: 28/04/2016 12:43

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° (POS) 259-25477395  
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 21.0.5 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)  
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)  
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966  
 Correo sin@correo.co  
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado MARIO DANILO PARRA VERA  
 Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL Manejo Integral según

Dx: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Estancia de 12 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [\$12710]  
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago  
 SE GENERA PARA EGRESO PARCIAL DEL 27/04/2016. SE AUTORIZAN 12 DIAS DEL 16 AL 27 DE ABRIL.

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ  
 Teléfono  
 Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

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 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: YESICA TATIANA BELLO OCHOA  
 Referencia - Cuenta Médica: 259-32894261

# Autorización de Servicios



Solicitada el: 01/03/2016 08:10  
 Autorizada 07/03/2016 08:13  
 Impresa el: 07/03/2016 15:24

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° (POS) 259-24773622  
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 20.10.14 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)  
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)  
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966  
 Correo sin@correo.co  
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado MARIO DANILO PARRA  
 Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx:	F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-F943114	1	PAQUETE MENSUAL PARA PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR SALUD

Afiliado cancela de Copago el 0% del valor de la atención, y hasta \$689,454  
 PACIENTE INSTITUCIONALIZADO. AUTORIZACION VALIDA PARA EL MES DE MARZO DEL 2016.

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ  
 Teléfono  
 Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

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 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: CINDY VARGAS CABEZAS  
 Referencia - Cuenta Médica: 259-31987066

# Autorización de Servicios



Solicitada el: 29/02/2016 20:26  
 Autorizada 29/02/2016 20:27  
 Impresa el: 01/03/2016 09:49

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° (POS) 259-24692271  
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 20.10.8 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)  
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)  
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966  
 Correo sin@correo.co  
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado CARLOS EDUARDO PEDRAZA SARMIENTO  
 Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S  
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501  
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)  
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-F943114	1	PAQUETE MENSUAL PARA PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR SALUD

Estancia de día(s) desde el por []

Afiliado cancela de Copago el 0% del valor de la atención, y hasta \$689,454

PACIENTE HOSPITALIZADO. AUTORIZACION VALIDA PARA EL MES DE FEBRERO DEL 2016.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ

Teléfono

Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

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 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: CINDY VARGAS CABEZAS

Referencia - Cuenta Médica: 259-31882896