



EPS EN LÍNEA

SERVICIOS EN LÍNEA

NT 901061505 CONSORCIO CLINICA EMMANUEL

IPS

● Consulta del Estado de Afiliación

Autorizaciones

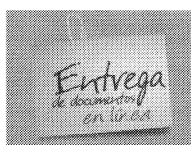
- Comentarios
- Sugerencias
- Felicitaciones
- Quejas o reclamos

- LA IPS CONSULTANTE NO ES LA IPS PRIMARIA DEL AFILIADO, NI CAPITADORA

Fecha/Hora Consulta: 16/07/2018 19:52:20
Tipo Identificación: CC
Identificación: 1031125885
Nombre Usuario: CAMILO ANDRES PIERNAGORDA BUENO
Estado Afiliación Usuario: ACTIVO
Fecha Nacimiento: 12/11/1986
Edad: 31
Sexo: M
Dirección Residencia: CL 65 64 81 SUR
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio: PACHO
Teléfono: 3043566
Tipo Afiliado: CABEZA DE FAMILIA
Categoría Afiliado: A
Semanas Cotizadas: 94
IPS Primaria: UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO

RETORNAR

Autorizaciones Web v3.20161124



Actualice sus documentos en línea.

Estimado afiliado, le invitamos a actualizar sus documentos pendientes. Realice su consulta y adjunte en línea de forma muy fácil. Haga clic aquí.



Video tutoriales en línea.

Version - Versión: 5.2.01211011 / 140001.1

Autorización Servicios



Solicitada el: 16/07/2018 03:38
Autorizada el: 16/07/2018 15:43
Impresa el: 16/07/2018 19:54

Afiliado: CC 1031125885 PIERNAGORDA BUENO CAMILO ANDRES

Edad: 31 Fecha Nacimiento: 12/11/1986
Tipo Afiliado: COTIZANTE (A)
Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: PACHO 513
Dirección Afiliado: CL 65 64 81 SUR
Teléfono Afiliado: (1)-3043566 Celular Afiliado:
IPS Primaria: UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO

Solicitado por: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO
Nit: 800099860 5 Código: 255130002801
Dirección: CL 9 # 17 - 17
Teléfono: (1)-8540055

Ordenado por: INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL
Remitido a: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL
Nit: 901061505 7 Código: 110012151503
Dirección: CALLE 136 N° 52 A 46
Teléfono: (1)-

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: F329 EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

Estancia de 1 día(s) desde el 16/07/2018 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 FACATATIVA 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: ILIANA MARGARITA CEBALLOS BARRIOS

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0

Teléfono: 0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: DACNED YERALDIN DIAZ MORENO

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.