



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Solicitud: 6810

Fecha: 2018-09-20 Hora: 05:11

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: 001-CALLE 80

NTT ☒ 900971006 - 4  
CC ☐ Número DV

Código:	110013029103	Dirección Prestador:	TV 100 A N° 80 A - 50		
Teléfono:	1	3499080			
	Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTA D.E.	11
			Municipio:	BOGOTÁ D.C	001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) SANTAS EPS S.A.-ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - RE Código: 07

DATOS DEL PACIENTE

CLAVIJO	RODRIGUEZ	NICOLL	STEPHANY
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                  | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad            | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería           |  |

1022431995

Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 1997-12-19

Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 74 B N 112 23 Teléfono: 3202751894

Departamento: BOGOTA D.E. 11 Municipio: BOGOTÁ D.C 001

Teléfono Celular: Correo Electrónico:

Cobertura en Salud

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Régimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial            | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud |
| <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total      | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazado                              | <input type="checkbox"/> Otro                    |

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo  | <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional        | <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito |  |

Tipo de Servicio Solicitado

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias |
| <input type="checkbox"/> Servicios Electivos                                     |

Prioridad de la Atención

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Prioritaria    |
| <input type="checkbox"/> No prioritaria |

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

- |   |   |                          |           |
|---|---|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización | Servicio Hospitalización | Cama UA52 |
| <input type="checkbox"/> Urgencias        |   |                          |           |

Manejo Integral según Guía de:

Código	Cantidad	Descripción
S11202	3	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION BIP

Justificación Clínica:

SE SOLICITA AUT DE HOSPITALIZACION EN PISO X LOS DIAS 20/21/22 SEP 2018

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción

Diagnóstico Principal:	F919	TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	SUGEICH DEL MAR MELENDEZ RHENA - 35113808	Teléfono:			
			indicativo	número	extensión
Cargo o Actividad:	MEDICO INTERNISTA CONTRATO	Teléfono celular:	3057533926		