

Autorización Servicios

Solicitada el: 08/09/2018 07:35
Autorizada el: 08/09/2018 08:07
Impresa el: 08/09/2018 12:35

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-93646426
Código Eps: EPS037

Afiliado: **CC 1053348670 PARRA MENDEZ JULIAN DAVID**

Edad: 20 Fecha Nacimiento: 08/02/1998 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-2)
Dirección Afiliado: MZ D CA 6 Departamento: BOYACA 15 Municipio: CHIQUINQUIRA 176
Teléfono Afiliado: (8)- Celular Afiliado: Correo Electrónico:
IPS Primaria: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA

Solicitado por: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA SEDE CENTRO

Nit: 820005389 7 Código: 151760095501
Dirección: KRA 13 N° 18-60 Departamento: BOYACA 15 Municipio: CHIQUINQUIRA 176
Teléfono: (8)-7261152

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: F122	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES, SINDROME DE DEPENDENCIA
----------	---

Estancia de 1 día(s) desde el 07/09/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]
Afiliado cancela de Copago el 10% del valor de la atención, y hasta \$390,621 (SISBEN-2)

Manejo Integral Según Guía : No

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: INGRID DEL CARMEN PIÑEROS SEGURA
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: P071-113864701
Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ