

# Autorización Servicios



Solicitada el: 20/04/2018 12:15  
 Autorizada el: 20/04/2018 12:15  
 Impresa el: 20/04/2018 12:11

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-86908118  
 Código Eps: EPS037

**Afiliado: CC 1012356573 CASTAÑO WILSON**

**Edad:** 28 **Fecha Nacimiento:** 03/07/1989 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** CL 37A SUR NRO 30 15 SOACHA BR C **Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001  
**Teléfono Afiliado:** (1)-3148474548 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** CAFAM - CALLE 51

**Solicitado por:** 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)-

**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

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Dx:</b> F322 | EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS |
|-----------------|--|

Estancia de 1 día(s) desde el 20/04/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]  
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** EDNA ROCIO OYOLA 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 30 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P071-105400758  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ