

Asunción, 17 de febrero de 2016

Señora,

CAMILA ALEXANDRA ORDÓÑEZ MURCIA S - 280750

D.N.I. 1.016.065.782

Carrera #12 b n° 33 A - 90

Teléfono 311 2884262

Suplente D.O.

Respetada señora Camila Ordoñez:

Habiendo revisado su comunicado radicado en nuestras oficinas en días pasados, le informamos que se encuentra exento del pago de cuotas moderadoras y copagos por retraso mental moderado y deterioro del comportamiento nulo o mínimo, con una pérdida de la capacidad laboral del 50.4%.

Lo anterior, para ser tenido en cuenta en el momento de prestar la atención que requiera el paciente y que omita el cobro de los conceptos mencionados, siempre y cuando el estado de afiliación se encuentre activo.

Agradecemos de antemano la atención prestada, cualquier información adicional con gusto será suministrada.

Cordialmente,



RUTH FUENTES PEDRAZA MD

Jefa de la Gestión del Riesgo Poblacional

AF - Famisanar Uda.

Adjunto: Anna Andra García auxiliar pqr Dirección Gestión del Riesgo Poblacional
Dr. Salvador Villanil Quiroga MD, Jefatura de Atención Primaria

Autorización de Servicios



Solicitada el: 08/05/2016 08:56
 Autorizada 12/05/2016 08:59
 Impresa el: 12/05/2016 17:49

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-25680290
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1016065782 ORDOÑEZ MURCIA CAMILA

Edad: 22.0.23 Fecha Nacimiento: 19/04/1994 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: KR 112 B 33 A 90 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
 Teléfono Afiliado: 1-4154626 Celular 3112884262
 Correo sin@correo.
 IPS Primaria: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON Empleador CONTRALORIA DE SANTA FE DE BOGOTA

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
Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-S12710	8	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA

Estancia de 8 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE GENERA PARA EGRESO PARCIAL DEL 08/05/2016. SE AUTORIZAN 8 DIAS DEL 01 AL 08 DE MAYO.

9-13 Mayo
 14-20 Mayo

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado ALBA YAMILE AGUDELO VELASQUEZ
 Teléfono
 Cargo o AUXILIAR 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: 259-33159099

Autorización de Servicios



Solicitada el: 29/04/2016 12:27
 Autorizada 02/05/2016 12:33
 Impresa el: 12/05/2016 17:49

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-25530462
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1016065782 ORDOÑEZ MURCIA CAMILA

Edad: 22.0.23 Fecha Nacimiento: 19/04/1994 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: KR 112 B 33 A 90 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
 Teléfono Afiliado: 1-4154626 Celular 3112884262
 Correo sin@correo.
 IPS Primaria: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON Empleador CONTRALORIA DE SANTAFE DE BOGOTA

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

Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-S12710	10	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA

Estancia de 10 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE GENERA PARA EGRESO DEL 30/04/2016. SE AUTORIZAN 10 DIAS DEL 21 AL 30 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: 259-32965716

Autorización de Servicios



Solicitada el: 27/04/2016 21:45
Autorizada 27/04/2016 22:02
Impresa el: 28/04/2016 12:32

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° (POS) 259-25474668
Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1016065782 ORDOÑEZ MURCIA CAMILA

Edad: 22.0.9 Fecha Nacimiento: 19/04/1994 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
Dirección Afiliado: KR 112 B 33 A 90 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
Teléfono Afiliado: 1-4154626 Celular 3112884262
Correo sin@correo.

IPS Primaria: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON Empleador CONTRALORIA DE SANTAFE DE BOGOTA

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 20 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Talla del
21 al 30 Abril

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado ANDREA LILIANA SANCHEZ VILLALOBOS

Teléfono

Cargo o AUXILIAR 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: 259-32894187

Autorización de Servicios



Solicitada el: 27/04/2016 21:38
 Autorizada 27/04/2016 21:42
 Impresa el: 28/04/2016 17:37

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-25474609
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1016065782 ORDOÑEZ MURCIA CAMILA

Edad: 22.0.9 Fecha Nacimiento: 19/04/1994 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: KR 112 B 33 A 90 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
 Teléfono Afiliado: 1-4154626 Celular 3112884262
 Correo sin@correo.
 IPS Primaria: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON Empleador CONTRALORIA DE SANTAFE DE BOGOTA

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 10 día(s) desde el 22/03/2016 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]
 Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$184,763
 SE GENERA PARA EGRESO DEFINITIVO DEL 31/03/2016. SE AUTORIZAN 10 DIAS DEL 22 AL 31 DE MARZO.

Autorización en formato PDF, válida 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: 259-32894158

Autorización de Servicios



Solicitada el: 06/04/2016 08:58
 Autorizada 11/04/2016 09:04
 Impresa el: 14/04/2016 09:01

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-25231892
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1016065782 ORDOÑEZ MURCIA CAMILA

Edad: 21.11.25 Fecha Nacimiento: 19/04/1994 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: KR 112 B 33 A 90 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipio BOGOTA(001)
 Teléfono Afiliado: 1-4154626 Celular 3112884262
 Correo sin@correo.

IPS Primaria: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON Empleador UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE CATASTRO DI

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

Cama: 147

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Estancia de 21 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$197,873

SE GENERA SEGUN SOLICITUD DEL 07/04/2016. SE AUTORIZAN 21 DIAS DEL 01 AL 21 DE MARZO.

Angelica Gallego

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 JOHANA VARGAS CABEZAS

Referencia - Cuenta Médica: 259-32569947