



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

Número de Solicitud: 2776

Fecha: 2019-02-15 Hora: 14:43

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: 024-ADMON USS SIMONBOLIVAR

NIT ☒ 900971006 - 4  
CC ☐ Número DV

Código:	110013029101	Dirección Prestador:	CLL 165 N° 7-06
Teléfono:	1	3499080	
	Indicativo	Número	Departamento: BOGOTA D.E. 11 Municipio: BOGOTÁ D.C. 001

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

DATOS DEL PACIENTE

VELASCO	QUINTERO	KARROLL	JULIANA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación		1020715150
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número Documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2004-05-10
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual: PROT ICBF Teléfono:

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	Tipo de Servicio Solicitado	Prioridad de la Atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo		
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		
<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico		

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización		
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio Hospitalización Cama
<input type="checkbox"/> Urgencias		

Manejo Integral según Guía de:		
Código	Cantidad	Descripción
S12720	3	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA

Justificación Clínica:
solicitud de autorizacion para la unidad mental

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal:	F989	TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS, EMOCIONALES Y DEL COM
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	GUSTAVO ADOLFO ZAMBRANO SANJUAN - 7698175	Teléfono:			
			indicativo	número	extensión
Cargo o Actividad:	MEDICO ESPECIALISTA	Teléfono celular:	3102464442		