

# Autorización Servicios



Solicitada el: 22/11/2018 07:45  
 Autorizada el: 22/11/2018 07:57  
 Impresa el: 22/11/2018 08:01

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-97312531  
 Código Eps: EPS037

**Afiliado: TI 1110451426 SANCHEZ RIVERA LAURA CATALINA**

**Edad:** 14 **Fecha Nacimiento:** 29/09/2004 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** MANZANA F CASA 2 URBANIZACION **Departamento:** TOLIMA 73 **Municipio:** MARIQUITA 443  
**Teléfono Afiliado:** (8)-3106745806 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** SUBSIDIADO-NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA ESE

**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> F338	OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES
-----------------	---

Estancia de 1 día(s) desde el 22/11/2018 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:** ANGELA PATRICIA MARTINEZ PEREZ  
**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: P071-118512120  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ