## **Autorización Servicios**



Solicitada el:

Impresa el:

13/12/2018 22:49

Autorizada el:

14/12/2018 13:54

15/12/2018 06:29

N° Solicitud:

327863

N° Autorización: (POS) P071-98471075

Código Eps:

**EPS037** 

Afiliado:

CC 9519228 GUTIERREZ ROSAS SANTOS MIGUEL

Edad: 63

Fecha Nacimiento: 14/11/1955

Tipo Afiliado: COTIZANTE (B)

Dirección Afiliado: CRA 26A NRO 11B 36 APT 201

Departamento: BOYACA 15

Municipio: SOGAMOSO 759

Teléfono Afiliado: (8)-7755375

Celular Afiliado: 3138284323

Correo Electrónico:

IPS Primaria: CLINICA CHIA S.A. SEDE SOGAMOSO CENTRO

Solicitado por: CLINICA EL LAGUITO S.A.

Nit: 891856161 4

Código: 157590080301

Dirección: CL. 22 # 11A-73

Departamento: BOYACA 15

Municipio:

SOGAMOSO 759

Teléfono: (8)-

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:** F318

OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

Estancia de 1 día(s) desde el 14/12/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710] Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE ACEPTA PACIENTE EN SEDE FACATATIVÁ VEREDA LOS MANZANOS KM3 VÍA FLORIDA ANOLAIMA. REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. DEBE ACUDIR EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR.

Manejo Integral Según Guia: No

Afiliado Recibido Por: 0

Firma Afiliado o Acudiente

Cargo: 0

Teléfono:0

Autorizador: JOSE ADOLFO ALBA BUITRAGO

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: P071-119962642 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ