

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 04/01/2019 09:54:26
Autorizada el: 04/01/2019 09:55:30
Impresa el: 04/01/2019 09:55:31

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 3387) P071 - 99329541
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.151351**ESPITIA SILVA JORGE****Edad:** 89**Fecha Nacimiento:** 31/03/1929**Tipo afiliado:** COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** VEREDA SALAMANCA**Departamento:** BOYACA 15**Municipio:** SAMACA 646**Teléfono afiliado:** (8) - 3143280973**Teléfono celular afiliado:** 3143280973**Correo electrónico:****I.P.S. Primaria :** E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA**Solicitado por :** E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA**Nit:** 891800335 - 8**Código:** 156460078701**Dirección:** CL 4 # 2 - 18 SAMACÁ**Departamento:** BOYACA 15**Municipio:** SAMACA 646**Teléfono:** (8) - 7372184 - 7372008**Ordenado por:** 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 del paciente:** CONSULTA EXTERNA**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL☒ F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
890284	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

VALIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PACIENTE HOSPITALIZADO

Manejo integral segun guía: NO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: VIVIAN DANIELA CEDANO SANCHEZ
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 90 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Medica: P071-121024624
Registro impreso por: VIVIAN DANIELA CEDANO SANCHEZ