

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.169.933**

**CABRERA ORDÓÑEZ**  
APELLIDOS

**ALEXANDRO**  
NOMBRES







FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1978**

**ISNOS**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.61** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**26-NOV-1996 ISNOS**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADORA NACIONAL  
ALBEATRIZ BENITO LOPEZ

INDICE DERECHO



A-1906100-50148472-M-0012169933-20060706 00677 06187C 02 173376066

# Autorización Servicios



Solicitada el: 13/09/2018 20:48  
 Autorizada el: 19/09/2018 19:39  
 Impresa el: 21/09/2018 01:59

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-94222183  
 Código Eps: EPS037

**Afiliado:** CC 12169933 CABRERA ORDOÑEZ ALEXANDRO

Edad: 40 Fecha Nacimiento: 07/03/1978 Tipo Afiliado: COTIZANTE (A)  
 Dirección Afiliado: CL 4 NRO 4E 30 Departamento: HUILA 41 Municipio: PITALITO 551  
 Teléfono Afiliado: (8)-3132714364 Celular Afiliado: 3134394023 Correo Electrónico: YAMILE034@HOTMAIL.COM  
 IPS Primaria: SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE PITALITO

**Solicitado por:** E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

Nit: 891180134 2 Código: 415510047901  
 Dirección: CALLE 3 SUR IB-45 Departamento: HUILA 41 Municipio: PITALITO 551  
 Teléfono: (8)-8362500

**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: F233	OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES
Dx: R34X	ANURIA Y OLIGURIA

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

6:19 PM SE ACEPTA INGRESO DEL PACIENTE EN SEDE FACATATIVA  
 ASISTIR CON ACOMPAÑANTE  
 ENVIAR AUTORIZACIÓN

DESCRIPCIÓN: FIRMA DR PEDRO

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 0

**Cargo:** 0

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** DIANA CAROLINA TRUJILLO CASTIBLANCO

**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: P071-114228807  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ