



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY  
SOLICITUD DE SERVICIOS  
SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**



Secretaria  
**SALUD**

<b>Nº DE SOLICITUD</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>** Nº VERIFICACIÓN</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>FECHA REPORTE</b> <b>ENCUESTA PRIORITARIA:</b>	<b>DÍA</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>	<b>MES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>	<b>AÑO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>
		<b>* FECHA</b> <b>DE REFERENCIA:</b>	<b>DÍA</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>	<b>MES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>	<b>AÑO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 20px;"></div>

TIPO DE USUARIO: 1. AMBULATORIO ☐ 2. EN URGENCIAS ☐ 3. HOSPITALIZADO ☒ TIPO DE ATENCIÓN: 1. ELECTIVA ☐ 2. ELECTIVA PRIORITARIA ☐ 3. URGENTE ☐ 4. HOSPITALIZACIÓN ☒

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE: Miguel		SEGUNDO NOMBRE: Angel		PRIMER APELLIDO: Hernandez		SEGUNDO APELLIDO:	
EDAD: 52 AÑOS MESES DÍAS		DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cr 79 c # 58C - 81 Jr.					
T.D. CC		Nº IDENTIFICACIÓN: 79333514		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		TELÉFONO: 320 2616378	
C.C Cédula de ciudadanía		R.C Registro civil		MSI Menor sin identificación		LOCALIDAD:	
T.I Tarjeta de identidad		PA Pasaporte		ASI Adulto sin identificación			

PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)		TELÉFONO:
NOMBRE Y APELLIDO:	DIRECCIÓN RESIDENCIA:	
Yerliq Hernandez	Cr 79C # 58C-51 vna	320 2616378

**Afiliación SSSS**

Subsidiado	<input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec.	<input type="checkbox"/>	Nivel SISBEN	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5-6</td></tr></table>	1	2	3	4	5-6	Población Especial	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5-6									
Contributivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>	Número ficha	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						I. Indígena	S. IVA Social	M. Menor en protección
					G. Indigente	D. Desplazado	O. Otros						

Entidad Administradora: Familianar      Otro Régimen: \_\_\_\_\_

SOLICITUD DE REFERENCIA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	A.M.	P.M.	Edad Gestacional (sem)

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1.	Unidad radial	2.112710				
2.	mental Prigunario					
3.						
4.						
5.						
6.						

ANAMNESIS: Ingreira bui - ingeriu de fluonacetato de sodio con fines suicidas. Refiere 1 mes de afecto triste, anhedonia, ideas de muerte y suicidar no estructuradas. 2 intentos de suicidar previos.

EXAMEN FÍSICO: TA 113/56. FC 71x'. FR 18. T<sub>36</sub> 36.5  
Examen mental: somnoliento, alejable al llamado colateral  
afecto triste. Ideas de muerte activa, delirativa. In-  
terprección pobre.

RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS:

Bilirrubina	0.19	Direct	0.29	19.14	1st-20
Alb	4.46	Na	140.4	Twice	2260
pH	7.37	Cl	106.5	D	66.5
		gluamic	71		

	Nombre del diagnóstico	Código de diagnóstico
1.	Intento de suicidio.	
2.	Ep. depresivo grave.	4322
3.		
4.		

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES:  
Esteroides 10 mg x 1-0-0  
Mantgo into x 10 años x vig encier.

**MOTIVO REFERENCIA:**

1. Servicio no ofertado ☒ 3. Falta de insumos ☐ 5. Falta de camas ☒ 7. Emergencia sanitaria ☐

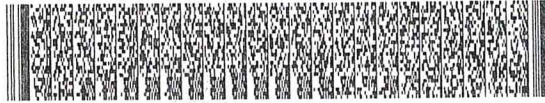
Se certifica que MIGUEL ANGEL HERNANDEZ GRASS identificado(a) con CC 79333514 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

PORTANTE: BIENESTAR Y PROTECCION INTEGRAL J.C.S.A.S. N° 900890642																									
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	ide	tas	tdp	tep	vsp	con	vat	sin	lma	vac	avp	vcl	rt	vip
8480597988	80597988	E	2018-06-13	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-06	30																
8480597988	80597988	E	2018-06-13	ARL	14-28	ARP SURFA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30																
8480597988	80597988	E	2018-06-13	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-05	30																

Este certificado se expide el día 2018-06-28 a las 11:06.



A-1500150-00914415-M-0079333514-20170621 0055918717A 3 9910037578



REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
19-AGO-1983 BOGOTA D.C.

ESTATURA 1.62  
G.S. RH O+

LUGAR DE NACIMIENTO  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

FECHA DE NACIMIENTO  
17-AGO-1965

INDICE DERECHO



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

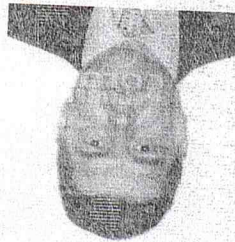
NÚMERO 79.333.514

APELLIDOS HERNANDEZ GRASS

NOMBRES MIGUEL ANGEL

FIRMA

1983





## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79333514
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	HERNANDEZ GRASS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	01/08/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 06/29/2018 10:53:57 Estación de origen: 190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)