



EPS EN LÍNEA

SERVICIOS EN LÍNEA

NT 901061505 CONSORCIO CLINICA EMMANUEL

IPS

## ● Consulta del Estado de Afiliación

Autorizaciones

## ● LA IPS CONSULTANTE NO ES LA IPS PRIMARIA DEL AFILIADO, NI CAPITADORA

- Contáctenos
- Sugerencias
- Felicitaciones
- Quejas o reclamos

Fecha/Hora Consulta:	11/12/2018 21:57:25
Tipo Identificación:	CC
Identificación:	1057585046
Nombre Usuario:	JOSE LEONARDO BECERRA CUEVAS
Estado Afiliación Usuario:	ACTIVO
Fecha Nacimiento:	28/09/1990
Edad:	28
Sexo:	M
Dirección Residencia:	CL 10 NRO 19 77 BR SANTA INES SOG
Departamento:	BOYACA
Municipio:	SOGAMOSO
Teléfono:	3115230392
Tipo Afiliado:	Beneficiario
Categoría Afiliado:	SISBEN-1
Semanas Cotizadas:	
IPS Primaria:	SUBSIDIADO-SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RETORNAR

Autorizaciones Web v3.20161124



## Actualice sus documentos en línea.

Estimado afiliado, lo invitamos a actualizar sus documentos pendientes. Realice su consulta y cárguelos en línea de forma muy fácil. Haga clic aquí.



Video tutoriales en línea

# Autorización Servicios



Solicitada el: 10/12/2018 22:51  
 Autorizada el: 11/12/2018 14:42  
 Impresa el: 11/12/2018 21:56

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-98280737  
 Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 1057585046 BECERRA CUEVAS JOSE LEONARDO

Edad: 28 Fecha Nacimiento: 28/09/1990 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)  
 Dirección Afiliado: CL 10 NRO 19 77 BR SANTA INES SOG Departamento: BOYACA 15 Municipio: SOGAMOSO 759  
 Teléfono Afiliado: (8)-3115230392 Celular Afiliado: 3115230392 Correo Electrónico: sincorre@neps.om  
 IPS Primaria: SUBSIDIADO-SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Solicitado por: SUBSIDIADO-HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E.

Nit: 891855039 9 Código: 157590079801

Dirección: CL 8 N° 11A-43

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:	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, INTOXICACION AGUDA
-----	------	---

Estancia de 1 día(s) desde el 11/12/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]  
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

CLINICA EMMANUEL DENTE 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. MEDICO QUE RECIBE: JAIRO ANDRES GARAY MANRIQUE

Manejo Integral Según Guia : No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0

Teléfono :0

Firma Afiliado o Acudiente

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: P071-119702704  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ