

Autorización Servicios



Solicitada el: 17/11/2018 21:18
Autorizada el: 17/11/2018 21:24
Impresa el: 18/11/2018 08:19

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-97095174
Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 1070975867 ROMERO MAHECHA JOSE MAURICIO

Edad: 22 **Fecha Nacimiento:** 19/01/1996 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: CL 15 NRO 16 15 BR MOTILONES **Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001
Teléfono Afiliado: (1)-3106783059 **Celular Afiliado:** 3208821510 **Correo Electrónico:** mauror2008@hotmail.com
IPS Primaria: CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS -FACATATIVA

Solicitado por: MEDIFACA IPS S.A.S

Nit: 900529056 9 **Código:** 252690269701

Dirección: CARRERA 7 N° 13-95

Departamento: CUNDINAMARCA 25

Municipio: FACATATIVA 269

Teléfono: (1)-8921540

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 Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx:	X700	LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION VIVIENDA
------------	------	--

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

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 Guía : No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0

Teléfono : 0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: DIANA CAROLINA POSSO GALARCIO

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: P071-118181845

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ