

Autorización Servicios



Solicitada el: 05/11/2018 20:30
Autorizada el: 05/11/2018 20:30
Impresa el: 06/11/2018 14:54

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-96469531
Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 52440938 BERNAL CASTILLO ADRIANA LUCIA

Edad: 40 **Fecha Nacimiento:** 11/02/1978 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)
Dirección Afiliado: BARRIO EL RAYO CR 7 6 76 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** MIRAFLORES 455
Teléfono Afiliado: (8)-3123489653 **Celular Afiliado:** 3107757736 **Correo Electrónico:**
IPS Primaria: SUBSIDIADO-HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES E.S.E.

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

Nit: 800152970 3 **Código:** 154550072601
Dirección: CALLE 2 NO. 10-14 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** MIRAFLORES 455
Teléfono: (8)-098 7331347

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: F318	OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES
-----------------	--------------------------------------

Estancia de 1 día(s) desde el 06/11/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral Según Guía : No

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: LENARD ANDRES CASTELLON RAMIREZ
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: P071-117456086
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ