

**Autorización Servicios**

Solicitada el: 12/05/2018 06:11  
Autorizada el: 16/05/2018 03:11  
Impresa el: 16/05/2018 14:55

N° Solicitud: NO REPORTADO  
N° Autorización: (POS) P071-88048919  
Código Eps: EPS037

**Afiliado: CC 37555604 LOPEZ ANA DEL CARMEN**

Edad: 41 Fecha Nacimiento: 10/03/1977 Tipo Afiliado: BENEFICIARIO (A)  
Dirección Afiliado: NUEVO AMBALEMITA Departamento: TOLIMA 73 Municipio: HONDA 349  
Teléfono Afiliado: (8)-3202623491 Celular Afiliado: Correo Electrónico:  
IPS Primaria: CENTRO MEDICO Y OFTALMOLOGICO SEDE HONDA

**Solicitado por:** E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA

Nit: 890700666 8 Código: 733490092601

Dirección: CL 9 AV CENTENARIO KR 21 Y 22

Departamento: TOLIMA 73

Municipio: HONDA 349

Teléfono: (8)-2515716 - 2513220 ext 103

**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:** F413 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS

Estancia de 1 día(s) desde el 16/05/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$224,216

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. MEDICO QUE RECIBE: ARMANDO CESAR CASAS ROMAN//

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 00

**Cargo:** 00

**Teléfono :**00

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** CRISTHIAN CAMILO GUTIERREZ MARULANDA

**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: P071-106708163

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ