

**Autorización Servicios**

**Solicitada el:** 22/06/2018 18:18  
**Autorizada el:** 24/06/2018 19:43  
**Impresa el:** 25/06/2018 01:13

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) P071-89951958  
**Código Eps:** EPS037

**Afiliado:** CC 79389736 RODRIGUEZ MOJICA OMAR

**Edad:** 52 **Fecha Nacimiento:** 19/09/1965 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección Afiliado:** KR 65C NRO 20A 36 **Departamento:** CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** FUSAGASUGA 290  
**Teléfono Afiliado:** (1)-3213687648 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** BIENESTAR IPS SEDE FUSAGASUGA

**Solicitado por:** E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

**Nit:** 890680025 1 **Código:** 252900003601  
**Dirección:** CLL. 5 CRA..A 4 ESQUINA **Departamento:** CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** FUSAGASUGA 290  
**Teléfono:** (1)-8734259 - 8678404

**Ordenado por:** INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL  
**Remitido a:** CONSORCIO CLINICA EMMANUEL  
**Nit:** 901061505 7 **Código:** 110012151503  
**Dirección:** CALLE 136 N° 52 A 46  
**Teléfono:** (1)-

**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001

**Ubicación Paciente:** HOSPITALIZACION

**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL

**Dx:** F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

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

\* CONSORCIO EMMANUEL : 18.40 HRS 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. -REF. DRA ILIANA MARGARITA CEBALLOS, PSIQUIATRA.//

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 0

**Cargo:** 0

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** PATRICIA TRESPALACIOSDAVILA

**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: P071-109178951

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ