## **Autorización Servicios**



 Solicitada el:
 11/07/2018 10:22
 Nº Solicitud:
 NO REPORTADO

 Autorizada el:
 11/07/2018 20:58
 Nº Autorización: (POS) P071-90817869

Impresa el: 12/07/2018 09:15 Código Eps: EPS037

Afiliado: TI 1006087671 GUZMAN MENDEZ JUAN JOSE

Edad: 15 Fecha Nacimiento: 30/08/2002 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)

Dirección Afiliado: Departamento: TOLIMA 73 Municipio: ANZOATEGUI 043

Teléfono Afiliado: (8)- Celular Afiliado: Correo Electrónico:

IPS Primaria: SUBSIDIADO-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ESE- ANZOATEGUI

Solicitado por: SUBSIDIADO-HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ESE- ANZOATEGUI

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Nit: 800163519 1 Código: 730430105601

Dirección: CRA 2 CALLE 5 ESQUINA Departamento: TOLIMA 73 Municipio: ANZOATEGUI 043

Teléfono: (8)-2810121-2810200

Ordenado por: INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL Remitido a: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL Nit: 901061505 7 Código: 110012151503

Dirección: CALLE 136 Nº 52 A 46 Departamento: DISTRITO CAPITAL 11 Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1)-

**Dx**: F412

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

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 Guia: No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0 Teléfono :0

Firma Afiliado o Acudiente Autorizador: LAURA MARIANA BROCHERO BELLO

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: P071-110236094

Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ