

# Autorización Servicios



Solicitada el: 05/09/2018 16:45  
 Autorizada el: 07/09/2018 13:20  
 Impresa el: 07/09/2018 20:29

N° Solicitud: NO REPORTADO  
 N° Autorización: (POS) P071-93616352  
 Código Eps: EPS037

Afiliado: **CC 40036362 CUCHA ARIZA CELY MARGOTH**

Edad: 45 Fecha Nacimiento: 21/04/1973 Tipo Afiliado: COTIZANTE (A)  
 Dirección Afiliado: KR 4 NRO 2 39 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TOGÜI 816  
 Teléfono Afiliado: (8)-3208565481 Celular Afiliado: 3208565481 Correo Electrónico: margotcely@hotmail.com  
 IPS Primaria: E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA

Solicitado por: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Nit: 891800231 0 Código: 150010038701  
 Dirección: CRA 11 N° 27 - 27 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001  
 Teléfono: (8)-7405037

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: F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO

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

JUE 6/09/2018 9:52 P.M. 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. SE ACEPTA PACIENTE A PARTIR DE MAÑANA AL MEDIO, YA QUE ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS EN EMERGENCIA FUNCIONAL.

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: PABLO ARTURO PEREZ RODRIGUEZ

Cargo: REF

Teléfono :0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: NIDIA CONSTANZA VALBUENA BARRIGA  
 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: P071-113673275  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ