

# Autorización Servicios



**Solicitada el:** 24/08/2018 14:59  
**Autorizada el:** 25/08/2018 17:20  
**Impresa el:** 26/08/2018 07:14

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) P071-92965593  
**Código Eps:** EPS037

**Afiliado:** TI 1002367570 SANDOVAL RIVERA CESAR AUGUSTO

**Edad:** 14 **Fecha Nacimiento:** 15/12/2003 **Tipo Afiliado:** BENEFICIARIO (A)  
**Dirección Afiliado:** CL 16A NR 4 60 REMANSO PATRIOTAS **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** TUNJA 001  
**Teléfono Afiliado:** (8)-3105867474 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** CLINICA DE CHIA S.A. SEDE TUNJA

**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

<b>Dx:</b> F143	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA, ESTADO DE ABSTINENCIA
-----------------	---

Estancia de 1 día(s) 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

5+56 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: PABLO ARTURO PEREZ RODRIGUEZ

CAPITACION IPS PRIMARIA	
-------------------------	--

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Afiliado Recibido Por:** 0

**Cargo:** 0REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**Teléfono :** 0

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** MARIA DE ROSARIO CASTILLO  
**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: P071-112908167  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ