

# Autorización Servicios



**Solicitada el:** 06/11/2018 15:02  
**Autorizada el:** 06/11/2018 15:56  
**Impresa el:** 06/11/2018 18:31

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) P071-96526388  
**Código Eps:** EPS037

**Afiliado:** CC 14191630 SANABRIA DUQUE JOSE NELSON

**Edad:** 41 **Fecha Nacimiento:** 18/06/1977 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** VDA SAN ISIDRO **Departamento:** TOLIMA 73 **Municipio:** PLANADAS 555  
**Teléfono Afiliado:** (8)- **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**  
**IPS Primaria:** SUBSIDIADO-HOSPITAL CENTRO NIVEL I PLANADAS

**Solicitado por:** 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)-

**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> F209	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA
-----------------	--------------------------------

Estancia de 1 día(s) desde el 06/11/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]  
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

**Manejo Integral Según Guía :** No

**Firma Afiliado o Acudiente**

**Autorizador:** CAROLINA CRUZ SANCHEZ  
**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: P071-117502927  
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ