



ANEXO TÉCNICO N°4  
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Número Autorización 42659933

Fecha y hora de la Autorización 26/08/2024 13:03

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento	NIT	-	900752620	Código de habilitación	5400102294
Razón Social	IPS CLINICAL HOUSE SAS				
Departamento	Norte de Santander	Ciudad/Municipio	CÚCUTA	001	Sede
Dirección	AV 1E N 11152 BARRIO QUINTA VELEZ			Teléfono	- 3124413333-5774701-5774717
Pagador	2246	Positiva Compañía de Seguros S.A			

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento	CC	Número de Documento	71192590				
Nombre	ELKIN YOBANY ATEHORTUA BUSTAMANTE				Fecha de Nacimiento	22/08/1979	
Departamento	Norte de Santander		Ciudad/Municipio	EL ZULIA	261		
Zona	Urbana		Localidad	N DE S		Barrio	
Dirección Residencial	SAN EDUARDO - ZULIA						
Correo Electrónico	TOBYPAISA50@GMAIL.COM						
Teléfono Fijo Particular	11	1111111	Teléfono Fijo Laboral	11	1111111	Extensión	
Celular Particular	313	4043362	Celular Laboral				
Cobertura en Salud	Régimen contributivo						

RELACIÓN LABORAL

Tipo Documento	No. Documento	Razón Social	Fecha Vinculación	Estado
NIT	900099123	MINA EL ALTO S.A.S.	13/09/22 12:00 AM	Activa

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 42659910

No. Siniestro 448102800

	Diagnósticos	
	Código	Descripción
Diagnóstico Principal	S410	HERIDA DEL HOMBRO
Diagnóstico relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnóstico relacionado 2	S400	CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
Diagnóstico relacionado 3	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
Diagnóstico relacionado 4	M759	LESIONES DEL HOMBRO, NO ESPECIFICADA

SERVICIO(S) AUTORIZADO(S)

Manejo integral según Guía de

\* Para autorizaciones de medicamentos aplica la cantidad mínima dispensada

Código	Descripción	* Cantidad	Motivo de la Autorización
890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	1	se autoriza consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina del trabajo para valoracion y seguimiento de lesiones por at, derivado de medicina del dolor dia 21-08-2024

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago %

Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de autorización de Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del proveedor			
Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor Máximo (Tope) en
<input type="checkbox"/> Cuota Moderadora			
<input type="checkbox"/> Copago			
<input type="checkbox"/> Cuota de recuperación			
<input type="checkbox"/> Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre	Jhan Carlos		
Cargo o actividad	Aux enfermería		
Teléfono de Contacto 1	111-1111111	Teléfono de Contacto 2	11-1111111-