

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO**DUPLICADO**

Solicitada el: 18/06/2020 12:15:53
Autorizada el: 18/06/2020 12:16:16
Impresa el: 30/06/2020 10:59:47

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-12555) P014-128459897
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.13493566**BELTRAN PEREZ SERGIO EUCARIS****Edad:** 51**Fecha Nacimiento:** 31/08/1968**Tipo afiliado:** COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** CL 2 NRO 1A 04 BR TRIGAL**Departamento:** NORTE DE SANTANDER**Municipio:** CUCUTA 001**Teléfono afiliado:** (7) - 3128864151**Teléfono celular afiliado:** 3144652406**Correo electrónico:****I.P.S. Primaria :** U.T. VIHONCO CEIMLAB - SEDE UBA VIHONCO SAS**Solicitado por :** MEDICAL DUARTE ZF S.A.S. - CLINICA MEDICAL DUARTE**Nit:** 900470642 - 9**Código:** 540010234901**Dirección:** AVENIDA LIBERTADORES N° 0-71 BARRIO LAS B**Departamento:** NORTE DE SANTANDER 54**Municipio:** CUCUTA 001**Teléfono:** (7) - 5833235-5955859**Ordenado por:** CANO CAROLINA**Remitido a :** CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA**Nit:** 800012189 - 7**Código:** 540010047001**Dirección:** CL 13 # 1E-74 CAOBOS**Departamento:** NORTE DE SANTANDER 54**Municipio:** CUCUTA 001**Teléfono:** (7) - 5821111**Ubicación del paciente:** CONSULTA EXTERNA**Origen:** ACCIDENTE DE TRABAJO**Dx:** M241

OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
873305	1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14 X 36 (ADULTOS) +

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo integral segun guía: NO

ACCIDENTE DE TRABAJO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: JULY ANDREA UCROS MARTINEZ**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 180 días a partir de la fecha de Autorización.

*** * Referencia - Cuenta Medica: P014-158451097**
Registro impreso por: MARILUZ OROZCO PATINO