

9



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



Número Autorización 39101698

Fecha y hora de la Autorización 19/09/2023 15:41

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Tipo y Número de Documento NIT - 900699086 Código de habilitación 7652009397

Reazón Social Clínica Palma Real SAS

Departamento Valle del Cauca Ciudad/Municipio PALMIRA 520 Sede

Dirección Cra 28 N 4435 Teléfono - 2879000

Pagador 2246 Positiva Compañía de Seguros S.A

DATOS DEL AFILIADO

Tipo de Documento CC Número de Documento 94394871

Nombre OMAR VELASQUEZ CAICEDO Fecha de Nacimiento 07/09/1973

Departamento Valle del Cauca Ciudad/Municipio PRADERA 563

Zona Urbana Localidad Barrio Pradera

Dirección Residencial MANZANA E CASA 7 PUERTA DEL SOL

Correo Electrónico noindica@gmail.com

Teléfono Fijo Particular 61 4612900 Teléfono Fijo Laboral 11 1111111 Extensión

Celular Particular 322 6570769 Celular Laboral 322 6570769

Cobertura en Salud Régimen contributivo

RELACIÓN LABORAL

| Tipo Documento | No. Documento | Razón Social | Fecha Vinculación | Estado |
|----------------|---------------|---------------------------|-------------------|--------|
| NIT | 900540045 | SERVIAGRICOLA MENDEZ LTDA | 11/08/15 12:00 AM | Activa |

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número Solicitud 39096005 No. Siniestro 443067375

| Diagnósticos | | |
|---------------------------|--------|---------------------------------|
| | Código | Descripción |
| Diagnóstico Principal | M751 | SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO |
| Diagnóstico relacionado 1 | M771 | EPICONDILITIS LATERAL |
| Diagnóstico relacionado 2 | | |
| Diagnóstico relacionado 3 | | |
| Diagnóstico relacionado 4 | | |

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 control por la especialidad de medicina laboral para valoración estado actual y definir manejo por ep |

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 Reclamo de ticket, bono o vale de pago

Recaudo del proveedor

| Concepto | Valor en pesos | Porcentaje (%) | Valor Máximo (Tope) en |
|-----------------------|----------------|----------------|------------------------|
| Cuota Moderadora | | | |
| Copago | | | |
| Cuota de recuperación | | | |
| Otro | | | |

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA AUTORIZACIÓN

Nombre JULIETH CAROLINA

Cargo o actividad Jefe de enfermería

Teléfono de Contacto 1 null-null Teléfono de Contacto 2 31-3307000-

- Valido por 60 días a partir de la fecha de autorización -

Juebe
19-10-23
8:40am
Dr. Claudia
Aichila