

AUTORIZACION ESPECIAL DE SERVICIOS

Número Autorización 19589G1903213749
(Página 1/1)
Origen del servicio Enfermedad General

PLAN SALUD: PAGO GLOBAL PROSPECTIVO CIUDAD: BOGOTA - CUNDINAMARCA Fecha (mm/dd/aaaa): 05/16/2019

1. MOTIVO DE LA AUTORIZACION

Servicio No Contratado, Servicio No Contratado

2. DATOS DE LA INSTITUCION

Nombre: 19589 SUBRED INT DE SERVICIO DE SALUD NORTE Nit: 900971006 Código: Telefono: 4431790-3078181
Dirección: CALLE 66 NO 15-41 Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA - CUNDINAMARCA

3. DATOS DEL USUARIO

Nombre: KEDUIN ANDREY ZARTA RINCON TARJETA DE IDENTIDAD 1123142824 Fecha Nacimiento: 21/07/2011
Dirección: 0 Telefono: 0 Departamento: META
Municipio: LA URIBE - META Celular: Email:

4. DATOS DE LA TRANSACCION

Ubicación del Paciente: Hospitalario Servicio: Pediatría Cama:
No. Solicitud: Fecha Solicitud: 16/05/2019 13:41
Manejo integral según Guía:

5. DATOS DEL SERVICIO

CODIFICACION DEL SERVICIO (Para servicios no P.O.S usar OBSERVACIONES)

| CANT | AREA | CONCEPTO | DESCRIPCION | TARIFA PACTADA |
|------|------|----------------------------|---------------------------------|----------------|
| 1 | HO | HOSPITALIZACION TTO MEDICO | HOSPITALIZACION PISO - (S11302) | SOAT VIGEN |

6. OBSERVACIONES (Sustento)

DX CONTUSION DEL GLOBO OCULAR Y DEL TEJIDO ORBITARIO**SUJETO VOBO AMI CAPITAL SALUD**CASO 435728**ACEPTA DR DRA CARO CAMA 4P03

7. AUTORIZA

| | | |
|-------------------|------------------|-------|
| Usuario: ginnapcr | Nombre: ginnapcr | Firma |
| Telefono: | Cargo: | |
| Celular: | | |

FIRMA DEL USUARIO

Favor cobrar el COPAGO del 5,0 % que no exceda el límite legal sobre el valor con cargo a CAPITAL SALUD de la cuenta, de acuerdo al porcentaje cubierto, excepto cuando se trate de enfermedades o patologías catastróficas y/o atención inicial de urgencias

CUALQUIER PROCEDIMIENTO ADICIONAL DEBERA SER AUTORIZADO
LAS AUTORIZACIONES DADAS HACEN PARTE DE LOS SOPORTES PARA EL COBRO DE LA CUENTA MEDICA A CAPITAL SALUD
PARA AUTORIZACIONES Y PRESENTACION DE CASOS DE REMISION 018000-122219 O EN BOGOTA 4854666
PARA ENVIO DE SOPORTES DE REFERENCIA (FAX) 018000115011, EN BOGOTA EL 4854880

FT_106_1