



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud	2	Fecha	2022-12-27	Hora	12:28
Información del Prestador:					
Nombre:	CLINICA FARALLONES S.A.		Nit:	800212422	
Codigo:	760010576501	Direccion:	CALLE 9 C # 50 25		
Departamento:	VALLE		Codigo	76	
Municipio:	SANTIAGO DE CALI		Codigo	001	
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.		Codigo	14-28	
Datos del Paciente					
ARBOLEDA		COIME			
Primer Apellido		Segundo Apellido			
LUIS		ANGEL			
Primer Nombre		Segundo Nombre			
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificacion	13054028		
Fecha de Nacimiento	1970-07-27	Telefono	True		
Dirección	CL 55 29A 116 COMUNEROS				
Departamento	VALLE		Codigo	76	
Municipio	SANTIAGO DE CALI		Codigo	001	
Cobertura en Salud	Otro				
Informe de la Atención y Servicios Solicitados					
Origen de la Atención	Accidente_Laboral		Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia	
Prioridad de la Atención	Prioritaria				
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización			Hospitalizacion		
Servicio	HOSPITALIZACION E INTERNACION 8 PISO		Cama	807-A HOSPITALIZACION GENERAL	
Manejo Integral Segun Guia	MEDICINA GENERAL				
Justificación Clínica	SOLICITO AUTORIZACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA DIAS 8-9 ENERO				
Impresión Diagnostica					
Diagnostico Principal	S551	TRAUMATISMO DE LA ARTERIA RADIAL A NIVEL DEL ANTEBRAZO			
Diagnostico relacionado1					
Diagnostico Relacionado2					
Informacion de la Persona que Solicita					
Nombre de quien Solicita	STEPHANY LOPEZ				
Telefono Fijo		Telefono Celular			
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext		
Cargo o Actividad	ADMINISTRATIVO				

Codigo Cups
10A002

Cantidad
2

Descripcion
INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA,
HABITACIÓN BIPERSONAL

Nombre reporte : ADRPAutorizacionServicios

LICENCIADO A: [CLINICA FARALLONES S.A.] NIT [800212422-7]