

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 3383 FECHA 2026 - 01 -5 HORA 10:17

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS

Codigo 110010413101 Dir. Prestador CRA 12D 32 - 44 SUR

Teléfono 1 7443333 Departamento BOGOTA D.C.

Indicativo Número

NIT ☒
CC ☐

860007373 - 4
Número DV

11 Municipio BOGOTA

1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) UNION TEMPORAL UT SALUD USPEC 2

Codigo CSU2-012

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

GOMEZ

JULIO

EDISON

ANDRES

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

☐
☐
☒
☐

Registro Civil
Tarjeta De Identidad
Cédula De Ciudadanía
Cédula De Extranjería

☐
☐
☐
☐

Pasaporte
Adulto Sin Identificación
NUIP
Menor Sin Identificación

1016076860

Número Documento De Identificación

Fecha De Nacimiento 1995 - 03 -03

Dirección Residencia Habitual PENITENCIARIA LA MODELO

Departamento BOGOTA D.C.

Celular 3001658146

Telefono 3001658146

11 Municipio PUENTE ARANDA

16

Correo E-Mail privadodelalibeertad@hotmail.com

Cobertura En Salud

☐
☐

Reg. Contributivo
Reg. Subsidiado - Total

☐
☐

Reg. Subsidiado - Parcial
Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN

☐
☐

Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
Desplazado

☐
☒

Plan Adicional De Salud
Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

☒
☐

Enfermedad General
Enfermedad Profesional

☐
☐

Accidente De Trabajo
Accidente De Transito

☐

Evento Catastrofico

Tipo De Servicios Solicitados

☐
☒

Post. Atención inicial Urogen.
Servicios Electivos

Prioridad De La Atención

☐
☒

Prioritaria
No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☒
☐

Consulta EXterna
Urgencias

☐

Hospitalización

Servicio CONSULTA EXTERNA

Cama

☐

Manejo integral según Guía de :

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890701	1,00	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL
389101	1,00	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL
129A01	2,00	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRAS
129A02	3,00	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE (BIPERSONAL)

Justificación Clínica

Buen dia,
solicito de su amable colaboración con egreso definitivo de paciente que ingresa 08/11/2025 y egresa el 23/12/2025
Gracias
Cordialmente:

Laura Suarez

Impresion Diagnostica

Codigo CIE10 Descripción

Diagnostico Principal
Diagnostico Relacionado
Diagnostico Relacionado
Diagnostico Relacionado

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre De Que Solicita	Teléfono	1	7443333	
VALENTINA RODRIGUEZ ALVAREZ		Indicativo	Número	Extensión
Cargo O Actividad *READMISION		Tel. Celular		