

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	NIT <input checked="" type="checkbox"/> 860007373 - 4
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	CC <input type="checkbox"/>
Codigo 110010413101	Número DV
Teléfono 1 7443333	Municipio BOGOTA
Indicativo	Número

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

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1016076860
<input type="checkbox"/> Tarjeta De Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto Sin Identificación	Número Documento De Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula De Ciudadanía	<input type="checkbox"/> NUIP	Fecha De Nacimiento 1995-03-03
<input type="checkbox"/> Cédula De Extranjería	<input type="checkbox"/> Menor Sin Identificación	

Dirección Residencia Habitual PENITENCIARIA LA MODELO

Telefono 3001658146

Departamento BOGOTA D.C.

Municipio PUENTE ARANDA

16

Celular 3001658146

Correo E-Mail privadodelalibertad@hotmail.com

Cobertura En Salud

<input type="checkbox"/> Reg. Contributivo	<input type="checkbox"/> Reg. Subsidiado - Parcial	<input type="checkbox"/> Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan Adicional De Salud
<input type="checkbox"/> Reg. Subsidiado - Total	<input type="checkbox"/> Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente De Trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrofico	Tipo De Servicios Solicitados	Prioridad De La Atención
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente De Transito		<input type="checkbox"/> Post. Atención inicial Urgen.	<input type="checkbox"/> Prioritaria
			<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input checked="" type="checkbox"/> No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

<input checked="" type="checkbox"/> Consulta EXterna	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio CONSULTA EXTERNA	Cama <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias			

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 *READMISSION		Tel. Celular		
