

CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO RESPONSABILIDAD CIVIL 2020 - 00066

juridica <juridica@ambuq.co>

Vie 11/12/2020 14:57

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (18 MB)

AUTORIZACION YORLEY PACHECO SIBAJA.pdf; CONTESTACION DEMANDA MARELBYS SIBAJA.pdf;

Buenas tardes se adjunta contestación de demanda del proceso de responsabilidad civil de Marelby Sibaja contra ambuq eps y otros con sus respectivos anexos.

Jurídica Nacional
EPSS AMBUQ



Señor:

**JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO
BARRANQUILLA – ATLANTICO.
E.S.D**

**REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA
NATURALEZA DEL PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: MARELBY ESTHER SIBAJA DE ALBA.
DEMANDADO: ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ Y OTROS.
RADICADO: 2020-00066-00.**

SULLY VANESSA PEREZ ESCORCIA, con domicilio y residencia en la ciudad de Barranquilla – Atlántico, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.1140821044, abogado titulado y en ejercicio con Tarjeta Profesional No.259255 del C.S.J., apoderado judicial de la **ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ – EPS-S**, por medio del presente escrito me dirijo a su despacho, encontrándome dentro de los términos de ley, para descorrer el traslado de la demanda de la referencia, admitida por su despacho judicial, procediendo de ésta forma, a dar contestación de la demanda, lo cual motivo en los siguientes términos:

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.1. EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todo y cada una de los daños estimados por la parte demandante, respecto a mí representada, en consonancia procedo a manifestarme en contra de las pretensiones esbozadas en la demanda.

EN CUANTO A LA PRIMERA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA SEGUNDA PRETENSION: No puede entenderse que existe solidaridad en este caso, la responsabilidad solidaria debe ser expresa e impuesta por la ley, contrato o testamento, lo cual no se configura en el caso que nos ocupa, por tanto, la responsabilidad de mi representada es divisible con respecto a la responsabilidad de la CLINICA SAN RAFAEL LTDA.

Esta pretensión hace alusión a fallas en la prestación del servicio de salud, en nada compromete la responsabilidad de mi representada, quien de acuerdo a la organización del sistema de seguridad social en salud responde por el aseguramiento, luego entonces quien responde por la prestación directa del servicio de salud son las IPS de acuerdo al artículo 178 de ley 100 de 1993.

EN CUANTO A LA TERCERA PRETENSION: Reiteramos que no puede entenderse que existe solidaridad en este caso, la responsabilidad solidaria debe ser expresa e impuesta por la ley, contrato o testamento, lo cual no se configura en el caso que nos ocupa, por tanto, no somos responsables del presunto daño que se pretende erróneamente la parte demandante imputar a mi representada.

EN CUANTO A LA CUARTA PRETENSION: Es preciso reiterar, que mi representada no negó los servicios, ni atención médica, aunado a lo anterior es necesario reiterar que la EPSS ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO, cumplió con sus deberes de aseguradora poniendo a su disposición la red de prestadores quienes fueron los que directamente suministraron los servicios a la paciente.

Así mismo, sea pertinente referir que en obediencia a las obligaciones legales esta entidad aseguradora, ha autorizado los procedimientos, insumos y servicios que ha requerido la afiliada, que han sido prescritos por su médico tratante, quien de acuerdo a la jurisprudencia Constitucional es la persona idónea para dictaminar la procedencia de los servicios de salud que requiera el paciente.

Al respecto la Honorable Corte Constitucional en sentencia T 345 de 2013 ha manifestado lo siguiente:

"CONCEPTO CIENTIFICO DEL MEDICO TRATANTE-Es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud.

La Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona requiere un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, prima facie, el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente. La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio."

EN CUANTO A LA QUINTA PRETENSION: Me opongo a lo pretendido, toda vez que no es competencia de las EPS sufragar este tipo de insumos que pretende la parte demandante, es menester señalar que los dineros con los cuales opera mi representada son públicos y tienen una destinación específica esto es para garantizar la red prestadora de servicios a sus afiliados, así lo refiere el artículo 178 de la ley 100 de 1993.

Así las cosas, no es posible la asignación de estos recursos para elementos diferentes a los servicios de salud.

EN CUANTO A LA SEXTA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por los presuntos daños morales alegados, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA SEPTIMA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por los presuntos daños morales alegados, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA OCTAVA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por los presuntos daños a la vida de relación alegados, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA NOVENA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por los presuntos

daños a la vida de relación alegados, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA DECIMA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por el presunto daño emergente alegado, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA DECIMO PRIMERA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante de solicitar se declare responsable jurídicamente a mi representada por el presunto lucro cesante alegado, toda vez que como procederé a demostrar la EPSS AMBUQ ESS no incumplió con las obligaciones que como entidad aseguradora le son inherentes de acuerdo a la normatividad vigente.

EN CUANTO A LA DECIMO SEGUNDA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante, toda vez que no es mi representada la entidad llamada a responder por el presunto daño causado.

EN CUANTO A LA DECIMO TERCERA PRETENSION: Me opongo a la petición de la demandante, toda vez que no es mi representada la entidad llamada a responder por el presunto daño causado, en este sentido solicito al señor juez se reconozca las excepciones presentadas en la contestación de la demanda, y en consecuencia se declare que la EPSS AMBUQ no le asiste culpa en los hechos expuestos en la demanda.

Finalmente me opongo a cada una de las pretensiones del abogado demandante de acuerdo a lo descrito anteriormente y en conformidad con las pruebas aportadas dentro del proceso y argumentos expuestos en la presente contestación.

1.2 EN CUANTO A LOS HECHOS

PRIMERO: Es cierto, de acuerdo a los documentos aportados en la demanda.

SEGUNDO: No nos consta, es una apreciación subjetiva de la parte demandante.

TERCERO: No nos consta, es una apreciación subjetiva de la parte demandante.

CUARTO: No nos consta, debe ser probado por la parte demandante.

QUINTO: Confirmar si la remisión la hicimos nosotros.

SEXTO: Confirmar si la remisión la hicimos nosotros.

SEPTIMO: Confirmar si la remisión la hicimos nosotros.

OCTAVO: Confirmar si la remisión la hicimos nosotros.

NOVENO: No nos consta, es una apreciación subjetiva del demandante, que debe ser probada.

DECIMO: No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO PRIMERO: No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO SEGUNDO: No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO TERCERO: No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO CUARTO: No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO QUINTO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO SEXTO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO SEPTIMO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO OCTAVO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

DECIMO NOVENO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO PRIMERO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO SEGUNDO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO TERCERO:**ES CIERTO, lo que refiere la parte demandante: la única persona que debe responder por el presunto daño alegado es la IPS SAN RAFAEL, quien presto directamente los servicios médicos a la paciente, en este hecho la contraparte manifiesta tácitamente que la EPSS AMBUQ no es la llamada a responder por lo alegado en el cuerpo de la demanda.**

VIGESIMO CUARTO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO QUINTO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO SEXTO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO SEPTIMO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

VIGESIMO OCTAVO:No nos consta, es una apreciación subjetiva de la parte demandante.

VIGESIMO NOVENO:No nos consta, es una apreciación subjetiva de la parte demandante.

TRIGESIMO:No nos consta, es una apreciación subjetiva de la parte demandante, que en nada compromete el actuar de la EPSS AMBUQ ESS.

TRIGESIMO PRIMERO:No nos consta, es la IPS y el médico tratante quien son los competentes para prescribir los servicios que requiera el paciente, por tanto, son quienes deben responder por lo aquí alegado.

TRIGESIMO SEGUNDO: **No es cierto**, toda vez que la EPSS AMBUQ es una de las entidades demandadas, no obstante, no está llamada a responder por lo aquí alegado por la parte demandante.

TRIGESIMO TERCERO:Es cierto.

1.3 EXCEPCIONES:

Me permito ponerle de presente las siguientes excepciones:

PRIMERA: INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL: ENTRE EL DAÑO ALEGADO Y LA ACTIVIDAD DESPLEGADA POR AMBUQ EPS-S

Al respecto es necesario tener en cuenta que los hechos narrados por el demandante no demuestran la presunta responsabilidad que tuvo la EPS-S AMBUQ en la ocurrencia de los hechos, la actividad desplegada por esta entidad no tuvo incidencia en el presunto daño causado con la atención médica prestada por la IPS CLINICA SAN RAFAEL; Por el contrario se generó la autorización correspondiente en aras de garantizar la prestación de los servicios de salud prescritos por el médico de la Institución Prestadora de Salud quien fue la encargada de la atención del paciente.

Los trámites administrativos de la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO estuvieron dirigidos al cumplimiento de sus funciones contenidas de manera expresa en la ley 100 de 1993 que en su artículo 181 manifiesta:

ARTICULO. 178.-Funciones de las entidades promotoras de salud. *Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:*

1. *Modificado por el art. 43, Decreto Nacional 131 de 2010. El Decreto 131 de 2010 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-289 de 2010. Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.*

2. *Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.*

3. *Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.*

4. *Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*

5. *Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*

6. *Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.*

7. *Modificado por el art. 43, Decreto Nacional 131 de 2010. El Decreto 131 de 2010 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-289 de 2010. Las demás que determine el consejo nacional de seguridad social en salud.*

Ahora bien las EPS no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento; en el que las personas se afilian para luego ser atendidas en clínicas y hospitales, las cuales si brindan los servicios médicos; lo cual demuestra que no existe un elemento que indique que por la acción u omisión de esta empresa aseguradora se haya contribuido a la ocurrencia de los hechos, ya que los hechos que generan la presente demanda en nada comprometen la actuación de esta EPS.

Por tanto, la actividad desplegada por la EPSS fue oportuna, eficiente y dirigida al cumplimiento de las funciones descritas por la ley, respetuosa de los Derechos que les asisten a los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

SEGUNDO: AUSENCIA DE DAÑO IMPUTABLE A LA E. P. S. – S. ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S. 2.2.

Basados en las pruebas aportadas al proceso y en la actividad desarrollada por la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S. "E. P. S. – S. AMBUQ E. S. S.", podemos afirmar que no existe daño que se le pueda imputar a la empresa que representó porque su accionar se ha ceñido al cumplimiento del marco legal que le es aplicable a las EPSS del régimen subsidiado.

No existen pruebas conducentes o pertinentes que acrediten la violación de las obligaciones exigidas a mi representada como EMPRESA PRESTADORA DE SALUD.

TERCERO: INEXISTENCIA DE CULPA.

Como aseguradora del riesgo en salud la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S. "E. P. S. – S. AMBUQ E. S. S.", ha obrado en el marco de sus competencias y en cumplimiento de la ley 100 de 1993 y su función dentro del sistema general de seguridad social en salud, que es garantizar la prestación de los servicios de salud, mediante la contratación de una red para el efecto. Prueba de ello es que ha tenido a su disposición la red prestadora de servicios adscrita a la EPS ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO.

En consecuencia, no es posible adjudicarle la culpa a mí representada en una eventual causación de perjuicios que haya podido sufrir el accionante como resultado de la atención en la CLINICA SAN RAFAEL LTDA.

De acuerdo a los hechos narrados en la demanda y al material probatorio aportado al proceso, es posible afirmar que el actuar de mi representada no fue negligente o imprudente en el desarrollo de su actividad, contrario a ello fue acorde a las circunstancias fácticas presentadas.

Ahora bien, tampoco se configuran los elementos para la existencia de la culpa, en el caso de la responsabilidad civil:

1. La existencia de una conducta activa u omisiva imputable a mi representada.
2. Que tal acción u omisión se caracterice como culposa o negligente, la imputación pretendida del daño, no recae en la cabeza de mi representada.
3. La existencia de un daño el cual debe ser cierto, existente y real, no es predicable de EPSS AMBUQ.
4. Entre el daño y la acción u omisión culposa o negligente debe existir **NEXO CAUSAL**, pero en este caso no se configura, no existe conducta de mi representada activa u omisiva culposa, ya sea por impericia, negligencia, imprudencia o por violación de reglamentos, entonces no es posible constituir la relación causal necesaria para erigir la presencia de la presunta responsabilidad que pretende imputarse a mi mandante.

CUARTO: FALTA DE CAUSA PARA PEDIR.

A la accionante no les asiste razón para presentar reclamaciones en materia indemnizatoria contra la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S. "E. P. S. – S. AMBUQ E. S. S.", porque no existe acción u omisión que pueda predicarse de mi representada;

QUINTO: LAS DEMAS QUE RESULTEN PROBADAS EN EL PROCESO.

Agotadas las excepciones de fondo que individualmente fueron presentadas propongo que el Despacho declare como probadas todas aquellas que se funden en las disposiciones de

carácter constitucional, legal y jurisprudencial que emerjan que los hechos narrados, su contestación y del material probatorio recaudado.

PRUEBAS

Solicito al Señor juez hacer valer y decretar como pruebas las siguientes:

1. Autorizaciones de servicios de salud que demuestran que el proceder de la EPSS AMBUQ ESS ha estado dirigida en todo momento asegurar la prestación de los servicios de salud que ha requerido la usuaria.
2. Contrato con la IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA suscrito para la época de los hechos que da cuenta que en el contrato vigente no contiene en su clausulado obligaciones solidarias entre las partes.

HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA

PRIMERO: LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIAES LEGAL NO PRESUNTA.

La fuente de las obligaciones solidarias, atendiendo lo establecido en el código civil, en su artículo 1568, es la convención, el testamento o la ley:

"ARTICULO 1568. DEFINICION DE OBLIGACIONES SOLIDARIAS. *En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito. Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley."*

Lo anterior indica que, por regla general, cuando una obligación es debida por varios, la prestación es divisible y cada deudor debe pagar la cuota que le corresponde y para que el acreedor pueda exigir la totalidad de la prestación a cualquiera de los deudores, se requiere: i) que la ley la imponga expresamente, ii) que se haya pactado mediante contrato, iii) O impuesto por testamento; es decir, **la solidaridad no se presume.**

En la legislación civil colombiana, cuando varios deben una prestación, cada cual es responsable de una cuota de ella, en consecuencia, la solidaridad debe ser expresa y cuando la misma ofrezca duda, la misma es divisible.

SEGUNDA: EVALUACIÓN DEL PRINCIPIO DE CONFIANZA EN LA CONDUCTA DE LAS IPS.

En todo proceso de investigación regido por el principio de responsabilidad subjetiva resulta necesario analizar el concepto **del PRINCIPIO DE CONFIANZA**, cuando los hechos y conductas investigadas se desarrollan dentro de una organización, como es el caso de la empresa promotora de Salud AMBUQ EPSS

El profesor GÜNTER JAKOBS, en su obra "Derecho Penal. Parte General. Fundamentos y Teoría de la Imputación", Editorial Marcial Pons, Segunda Edición, Madrid, 1995, Traducción Joaquín Cuello Contreras y José Luís Serrano González de Murillo, pagina 253 indica:

"El principio de confianza significa que, a pesar de la experiencia, de que otras personas cometen errores, se autoriza a confiar -en una media aún por determinar- en su comportamiento correcto (entendiéndolo no como suceso psíquico, sino como *estar permitido* confiar). El principio de confianza no es sólo un supuesto particular del riesgo permitido, sino también de la prohibición de regreso: No se trata únicamente de que las personas, en acciones comunes o contactos anónimos, puedan ser factores perturbadores

al igual que los procesos naturales impredecibles (en esta medida, riesgo permitido), sino que también se trata de la responsabilidad de estas personas por sus fallos (en esta medida, prohibición de regreso). Mientras que en el riesgo permitido cabe definir un conflicto de regreso se añade la posibilidad de definir el conflicto como fallo del tercero interviniente; esta posibilidad de tratar el conflicto podría formar la raíz principal del principio de confianza.

En el ámbito que queda, en el que el carácter defectuoso del comportamiento ajeno no excluye responsabilidad ya según las reglas de la prohibición de regreso, a menudo sería imposible una división del trabajo eficaz (en los equipos quirúrgicos, en los equipos de servicio y de mantenimiento de un aeroplano, del ferrocarril o de un autobús, en la fabricación mediante división del trabajo, en el deporte, etc.), si cada uno debiera controlar lo controlable. Como mínimo, el tener que dedicarse a controlar la actividad ajena excluiría la dedicación plena a la actividad. (...) Este tráfico de incumbencias se puede verificar, por los dos motivos expuestos, sin menoscabo de la seguridad de las expectativas: Por una parte, sin el reparto del resultado sería por saldo peor porque se exigiría excesivamente a los participantes; por otra parte, se puede tratar el fallo como fallo de aquel a quien le compete. (Subrayado fuera de texto)²

En la doctrina nacional la teoría de la confianza la encontramos con la tratadista Claudia López Díaz, quien en su obra "Introducción a la Imputación Objetiva", Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1996, página 118 indica:

"Teniendo en cuenta que los peligros contra los bienes jurídicos pueden nacer de hechos de la naturaleza, o del comportamiento desplegados por los demás, surge el siguiente interrogante: ¿bajo qué presupuestos la conducta de los terceros puede influir en la configuración del cuidado propio? La respuesta se obtiene acudiendo a un principio rector en materia de imputación: por regla general se responde únicamente por las conductas que se encuentran dentro del propio ámbito de competencia, porque no forma parte del rol de un ciudadano controlar todos los posibles peligros que se pueden originar en la conducta de tercero.

El principio de confianza encuentra uno de sus fundamentos en el principio de autorresponsabilidad. La principal consecuencia es la de que el ámbito de responsabilidad de cada uno se limita a su propia conducta, y sólo bajo especiales circunstancias se extiende a las actuaciones de otro. Por regla general, cada uno debe orientar su conducta de tal forma que no lesione bienes ajenos, pero no es su deber preocuparse por que los demás observen el mismo comportamiento. (Subrayado fuera de texto)

Sobre el trabajo en equipo y el principio de confianza la tratadista Claudia López Díaz, en la obra anteriormente citada expresa:

b. Trabajo en equipo. Este principio rápidamente se extendió a todo tipo de actividad que implicara una distribución de trabajo: no es posible que alguien pueda cumplir acertadamente su tarea si tiene el deber de controlar y vigilar la conducta de los demás colaboradores. El puede esperar que cada uno de ellos cumplirá con la función asignada; en consecuencia, no infringe el riesgo permitido quien no toma medidas de precaución especiales, para el caso en que otro quebrante los deberes propios de su *status*. (Subrayado fuera de texto)

Igualmente el tratadista Yesid Reyes Alvarado, en su obra "Imputación Objetiva", Editorial Temis, segunda edición, 1996, Bogotá, páginas 152 y siguientes, expresa:

2) División del Trabajo. La compleja vida de relación social implica con mucha frecuencia la necesidad de que los individuos colaboren en la obtención de fines comunes, de tal modo que son cada vez menos las actividades que se desarrollan individualmente; si bien teóricamente una sola persona podría producir vehículos automotores, construir edificaciones, fabricar productos químicos o elaborar un periódico, el desarrollo individual de tales actividades conduciría rápidamente a la parálisis de la comunidad no solo debido a la lentitud de las labores, sino también a la imposibilidad de que una sola persona pueda

dominar todos los diversos conocimientos especiales que se requieren para la elaboración de múltiples productos. Pero las ventajas de esa división del trabajo desaparecerían también por completo si cada una de las personas que intervienen en el desarrollo de una actividad no pudiera, como regla general, confiar en el comportamiento de sus demás colaboradores, pues ello conduciría, por ejemplo a que el encargado de pintar los vehículos en una fábrica tuviera la obligación de cerciorarse de la corrección de todos los trabajos hasta entonces realizados, lo cual comprendería incluso la evaluación de si el hierro sirvió de materia prima para producir el vehículo fue correctamente extraído de las minas, o si por el contrario ocasionó con ello una indebida contaminación de aguas. En consecuencia puede afirmarse que el principio de confianza rige dentro del ámbito de la división del trabajo, siendo allí vigentes no solo sus fundamentos generales sino las limitaciones que le son inherentes.

En el campo de la medicina es especialmente importante el principio de confianza puesto que las intervenciones quirúrgicas requieren normalmente de la participación de varios facultativos con diversas especialidades, y de personal auxiliar; en el desarrollo de esta clase de actividades pueden los superiores confiar en que sus subordinados se comportarán correctamente, y también estos pueden asumir que las órdenes de sus superiores están libres de errores (...) Es tan evidente la validez del principio de confianza para el cirujano que en el evento de que quisiera cerciorarse personalmente de que las ordenes que imparte están siendo correctamente cumplidas dejaría de prestar la atención que su delicada tarea le exige y en consecuencia actuaría contrariamente a su deber de cuidado. Por consiguiente, para citar solo un ejemplo, el médico que solicita de una enfermera una inyección con determinada dosis puede confiar en que le será suministrada la sustancia correspondiente en la cantidad indicada, mientras la enfermera podrá a su vez confiar en que las instrucciones recibidas corresponden a la técnica médica, lo que implica por supuesto que para los dos opera el principio de confianza en relación con sus correspondientes ámbitos de competencia.

[...]Asimismo quien encarga a su asesor tributario la confección de una declaración de renta puede confiar en las capacidades del profesional, de la misma manera que quien encarga la revisión de su auto a un mecánico. (Subrayado fuera de texto)

Con relación al trabajo en equipo Reyes Alvarado indica:

Ahora, en aquellos casos en donde se trata de profesionales que por ejemplo desempeñan sus funciones como empleados de clínicas o establecimientos industriales o comerciales, en que son diferentes las personas encargadas de la selección del personal han cumplido reglamentariamente con su labor; para ellos el principio de confianza respecto de los colaboradores que han sido integrados a su equipo de trabajo: esto no es aplicable solamente al personal auxiliar sino aun a empleados especialmente calificados, de modo que, por ejemplo, el cirujano puede confiar en las capacidades del anestesista que ha sido contratado por el centro hospitalario donde él desempeña sus funciones, y a su vez el anestesista puede confiar tanto en el diagnóstico del cirujano, como en el personal encargado del mantenimiento de los equipos de anestesia". (Subrayado fuera de texto)

Con fundamento en este principio, resulta jurídicamente acertado afirmar que la actividad que desarrolla las IPS encargadas de la atención y prestación del servicio médico que de acuerdo a la patología del paciente este requería, gozaba de confianza por parte de la estructura administrativa de AMBUQ EPSS ESS por encontrarse habilitada por la entidad Distrital en Salud, lo anterior de acuerdo a lo descrito en la **RESOLUCION 2003 de 2014** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud artículo 7:

"Artículo 7. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, procederá a

7.1 Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la base de datos del REPS, disponible en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

7.2 Verificar que los soportes entregados con el formulario, correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, lo devolverá al prestador indicando la documentación o información faltante.

7.3 Asignar código al prestador si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.

7.4 Programar y realizar las visitas de verificación previa o de reactivación que le correspondan, según el caso, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.

7.5 Enviar la documentación al Ministerio de Salud y Protección Social cuando se trate de servicios nuevos de oncología.

7.6 Radicar la inscripción del prestador y autorizar en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, una vez cumplidos los requisitos anteriores. Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes”.

TERCERO:Entonces con base en los argumentos expuestos anteriormente no existe ningún indicio o prueba que permita endilgarle responsabilidad contractual a la **ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S. "E. P. S. – S. AMBUQ E. S. S."**, por el presunto daño que manifiesta la parte demandante, debido a que mi representada cumplió fehacientemente con sus obligaciones como administradora del régimen subsidiado, como está probado autorizó y garantizó la prestación de los servicios que requería la paciente.

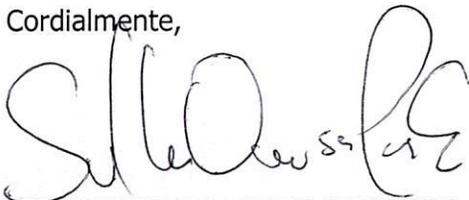
ANEXOS

1. Las enunciadas en el capítulo de pruebas y aportadas en la presente actuación.
2. Poder para actuar.
3. Cámara de Comercio.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la Carrera 51 No. 79 - 34, oficina 207, Teléfono (095 336 9120) de la ciudad de Barranquilla y al email: jurídica@ambuq.co

Cordialmente,



SULLY VANESSA PEREZ ESCORCIA
CC. NO. 1140821044 DE BARRANQUILLA – ATLANTICO
T.P. NO. 259255 DEL C.S. DE LA J.



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:55

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

Para su seguridad verifique el contenido de este certificado ingresado a nuestra
página web www.camarabaq.org.co, en el enlace CERTIFICADOS EN LINEA-VERIFICACION
DE CERTIFICADOS EN LINEA, digitando el código de verificación.

C E R T I F I C A

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social:

ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ EPS-S-ESS

Sigla:

Nit: 818.000.140 - 0

Domicilio Principal: Barranquilla

Registro No.: 13.018

Fecha de registro: 09/07/2013

Último año renovado: 2020

Fecha de renovación del registro: 27/02/2020

Activos totales: \$137.087.673.329,00

Grupo NIIF: 3. GRUPO II.

UBICACIÓN

Dirección domicilio principal: CR 51 No 79 - 34 OF 207

Municipio: Barranquilla - Atlántico

Correo electrónico: gerenciageneral@ambuq.org.co

Teléfono comercial 1: 3369120

Dirección para notificación judicial: CR 51 No 79 - 34 OF 207

Municipio: Barranquilla - Atlántico

Correo electrónico de notificación: juridica@ambuq.co

Teléfono para notificación 1: 3147657983

Autorización para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo: no

CONSTITUCIÓN

Constitución: que por Certificado Especial del 04/07/2013, del Superintendencia Nacional de Salud Bogota, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 09/07/2013 bajo el número 1.306 del libro III, se constituyó la entidad: asociación mutual denominada ASOCIACIÓN BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ EPS-S-ESS

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta número 19 del 16/12/2012, otorgado(a) en Asamblea de Asociados en Quibdó, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 12/03/2014 bajo el número 1.755 del libro III, la entidad cambio su domicilio a la ciudad de Barranquilla

Por Certificado Especial del 04/07/2013, otorgado(a) en Superintendencia Nacional de Salud Bogota, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 09/07/2013 bajo el número 1.306 del libro III, la entidad bajo la denominación ASOCIACIÓN

Firma válida



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:56

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ EPS-S-ESS, fue reportada por la Superintendencia Nacional de Salud.

CERTIFICA: Que la información objeto de la presente certificación corresponde a la reportada por la Superintendencia Nacional de Salud en virtud de lo establecido en los artículos 146 y 166 del Decreto Ley 19 de 2012.

REFORMAS DE ESTATUTOS

La entidad ha sido reformada por los siguientes documentos:

Documento	Número	Fecha	Origen	Insc.	Fecha	Libro
Acta	19	16/12/2012	Asamblea de Asociados	1.755	12/03/2014	III
Acta	22	29/03/2015	Asamblea de Asociados	2.674	23/07/2015	III
Acta	25	01/08/2015	Asamblea de Asociados	2.735	19/08/2015	III

TERMINO DE DURACIÓN

Duración: La entidad no se haya disuelta y su duración es indefinida
QUE A LA FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, NO APARECEN
INSCRIPCIONES QUE DEN CUENTA DEL ESTADO DE DISOLUCIÓN DE LA ENTIDAD, RAZÓN POR
LA QUE LA ENTIDAD NO SE HAYA DISUELTA.

OBJETO SOCIAL

La entidad tiene por objeto: REFORMAS ESTATUTARIAS:

1. Acta 06 y 007 de fecha 17 de julio y 19 de diciembre de 2004 (Auto 0098 de fecha 25 de febrero de 2005). OR 322 de fecha 13 de mayo de 2005. Se efectuaron observaciones respecto de los articulos 1,5,8,15,16,18,19,21 a 23,30, numeral 2 y 3, 37,38,40,41,42,43 numeral 19, 51,52,64,65,66,71,76,85,86,88,89,105 y 108, a lo aprobado en la Asamblea del 17 de julio de 2004. Igualmente, se hicieron observaciones a los articulos 47,48,51 numerales 7,9 ,14 y 71 de la Asamblea de 19 de diciembre de 2004.

2. Acta 0009 de fecha 24 de julio de 2005 (Auto 1708 de fecha 30 de septiembre de 2005). OR 414 de fecha 4 de noviembre de 2005. Se efectuaron observaciones respecto de los articulos 17,18,22,23,25,27,44 y 47, paragrafo 1. Acta 011 del 5 de marzo de 2006 (Auto 0577 del 18 de mayo de 2006) OR 490 del 19 de julio de 2006. Se efectuaron observaciones respecto delos articulos 22,23,27; párrafo cuarto.

3. Que según Auto No. 001925 del 22 Octubre de 2012 expedido por la Superintendencia Nacional de Salud se resolvió aceptar la legalidad de la reforma estatutaria de la entidad denominada ASOCIACIÓN BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ EPS-S-ESS adaptada en la Asamblea General Extraordinaria de Asociados celebrada el día 17 de marzo de 2012, según Acta No. 18.

La asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó AMBUQ-EPS-S-ESS tiene por objeto principal, administrar y garantizar



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:56

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

con la prestación del servicio el riesgo en salud a su población afiliada y carnetizada, promover la afiliación de nuevos usuarios, así como garantizar y organizar una adecuada administración funcional con calidad, con mira a una óptima atención en salud de sus beneficiarios, de acuerdo con las normas vigentes, las instrucciones y autorizaciones que impartan las autoridades competentes, garantizando con eficiencia a los beneficiarios sus facultades, derechos, deberes y obligaciones. De igual modo debe cumplir con unas condiciones financieras para mantener y acreditar el capital mínimo, las reservas técnicas e inversión de las mismas, el patrimonio adecuado, entre otros, en aplicación a las normas vigentes y especial las consagradas en el Decreto No. 2702 de 2.014. Está en deber también de dar cumplimiento a lo establecido en las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2.011 y 1751 de 2.015 Decretos afines y demás normas que modifiquen o adicionen.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad Principal Código CIIU: Q869900 (PL) OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA

PATRIMONIO

ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó "AMBUQ-EPS-S - ESS" será ejercida por el Gerente General de la empresa, quien la representara para todos los efectos legales y administrativos. El Gerente General podrá delegar en El Gerente Regional la representación legal para el ejercicio de las funciones de la empresa EN LA REGIONAL CHOCO. En caso de ausencia ocasional, temporal o definitiva, un miembro de la Junta Directiva O UN GERENTE REGIONAL, podrán ser encargados de la Gerencia General por un período máximo de tres (3) meses por nombramiento de la Junta Directiva mientras se nombra en propiedad. Son responsabilidades y atribuciones del Gerente General las que se enumeran a continuación entre otras: Representar a la empresa en todos los procesos judiciales y en aquellas actuaciones administrativas que adelanten los organismos de vigilancia y control del orden nacional y regional. Son responsabilidades y atribuciones del gerente regional, las siguientes entre otras: Llevar la representación legal de la empresa en los asuntos que delegue el Gerente General, ante quienes deban suscribirse los contratos para la administración de los recursos del régimen subsidiado que deban ejecutarse dentro de la región geográfica bajo su responsabilidad. Llevar la representación legal de la empresa en los asuntos que delegue el Gerente General ante los proveedores de servicios de salud diferentes al cuarto nivel de complejidad; que deban ejecutarse dentro de la región geográfica bajo su responsabilidad. Llevar la representación judicial y extrajudicial de la empresa en los asuntos que delegue el Gerente General ante quienes adelanten acciones en contra de la entidad y las que la entidad adelante a su favor dentro de la región geográfica bajo su responsabilidad. Son funciones de la Junta Directiva las siguientes entre otras: Nombrar y Remover a: Gerente General, Gerente Regional, Contador Nacional, Tesorero Nacional, Auditor Nacional, Director Administrativo Nacional, Gerente Técnico de Aseguramiento, Gerente Técnico de Prestación de Servicios de Salud, Comité de Educación y Solidaridad y Fijarles su Remuneración: El Resto del Personal Debe ser Nombrado por el Gerente General Previo el Lleno de los Requisitos Reglamentados. Designar, cuando las circunstancias así, lo amerite, un reemplazo o encargado de la Gerencia General de la entidad; en las ausencias temporales o accidentales del titular. Autorizar al Gerente General para efectuar operaciones y contratos relacionados con la actividad de la entidad, facultarlo para adquirir, enajenar o gravar inmuebles conforme a las cuantías

reglamentarias. Autorizar la dispersión de los pagos de la cuenta maestra de manera excepcional, cuando se evidencie que el Gerente General no los realice dentro de los términos establecidos en las normas vigentes y reglamentaciones que expida la Junta Directiva después de haber recibido los recursos. Reglamentar la inversión de fondos de la entidad. Designar las entidades financieras en las cuales se ha de depositar los dineros de la entidad. Autorizar al Gerente General a celebrar acuerdos o convenios con otras entidades y decidir sobre la integración de la entidad a otras instituciones del mismo sector. En general, ejercer las atribuciones dadas por la Asamblea General o las que emanen de los reglamentos de la empresa y la ley.

OBSERVACIONES:

1.

La firma PREVISORA S.A. FIDUPREVISORA, con el NIT 860.525.148-5, representada legalmente por el DR JUAN PABLO SUÁREZ, identificado con cedula N° 79.470.117 de Bogota y nombrado por Resolucion 195 del 6 de marzo de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud, firma que se desempeña como único representante legal, agente liquidador, quien se posesionó mediante Acta 0011, nombrado por resolución 195 del 6 de marzo de 2007 2. NOTA: en cumplimiento de la orden contenida en el parágrafo tercero del artículo 2 de la resolución N° 1814 del 7 de noviembre de 2007, la OR 527 del 12 de marzo de 2007 se cancela provisionalmente el (Agente Liquidador).

3. REVISOR FISCAL.- OR 527 del 12 de marzo de 2007 de la Superintendencia Nacional de salud. En calidad de REvisor Fiscal del proceso liquidatorio fue designado.- El doctor HEINER GARCIA VELASQUEZ, con CC N° 14.249.331 de Bogota, actuando en calidad de Representante Legal de la firma CONSULTORIA NACIONAL CONTABLE LTDA NIT 800.086.982-9, quien se posesionó mediante Acta (010), Nombrado por Resolución 195 del 6 de marzo de 2007.

4. NOTA: en cumplimiento de la orden contenida en el parágrafo tercero del artículo 2 de la resolución N° 1814 del 7 de noviembre de 2007, la OR 527 del 12 de marzo de 2007 se cancela provisionalmente (Revisor Fiscal).

5. Por Resolución

N° 195 del 6 de marzo de 2007 la superintendencia Nacional de Salud tomo posesión para administrar y liquidar conforme se ordenó en los articulos tercero y cuarto a la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO " AMBUQ ARS", acto administrativo debidamente notificado. (OR 527 DE FECHA 12 de marzo de 2007 de la Superintendencia Nacional de salud). De la Sentencia impugnada del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla.

6. RESUELVE: REVOCAR, como en

efecto se revoca la sentencia de tutela de 21 de julio de 2007 dictada por el Juzgado Tercero Penal del Circuito, y en consecuencia denegar la solicitud de amparo presentada por la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQARS-ESS- en contra de la Superintendencia Nacional de salud conforme lo expuesto en la parte motiva de la precitada providencia. (OR 539 de fecha 18 de septiembre de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud).

7. La

Superintendencia Nacional de Salud revocó la autorizacion de funcionamiento a la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO "AMBUQ -ARS-ESS" para administrar y operar el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante Resolución 195 de marzo 6 de 2007, acto administrativo que goza de plena presunción de legalidad.

8. Que el Doctor JOSÉ WADY CURE HOYOS o quien

hiciera sus veces fue retirado del cargo de Representante legal de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO " AMBUQ-ARS-ESS", por disposición de esta Superintendencia según resolución 195 de marzo 6 de 2007.

9. Mediante

Resolución 01552 del 20 de septiembre de 2007 "Por medio de la cual se resuelve un recurso de reposición interpuesto en contra de la Resolución 195 de marzo 6 de 2007", la Superintendencia Nacional de Salud resolvió: ARTICULO PRIMERO.Revócase parcialmente la Resolución N° 195 del 6 de marzo de 2007 por las consideraciones expuestas en la parte motiva de la presente resolución.

10.

ARTICULO SEGUNDO.- En consecuencia REVÓCASE lo dispuesto en el artículo TERCERO de la Resolución 195 de 2007, de conformidad con la parte motiva del presente acto administrativo.11. ARTICULO TERCERO.- Como colorario de lo dispuesto en el artículo primero del presente proveído, MODIFICASE lo dispuesto en el artículo cuarto de la resolución 195 de 2007, el cual quedara así: 12. ARTICULO CUARTO.- Ordenar la liquidación de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ "AMBUQ ARS ESS" en los terminos establecidos en el Estatuto Organico del Sistema Financiero y la Ley 715 de 2007.13. PARAGRAFO.- La decisión de liquidar la entidad aplica los efectos propios de la toma de posesión de conformidad con el parágrafo del artículo 16 del decreto 2211 de 2004".

14. ARTICULO CUARTO.- Como colorario de

lo dispuesto en el artículo primero del presente proveído MODIFICASE lo dispuesto en el artículo octavo de la resolución 195 de 2007, el cual quedará así.15. ARTICULO OCTAVO.-Nombrar como liquidador de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD a la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A FIDUPREVISORA, identificada con el NIT.

860.525.148-5 16. Según acta de Posesión

SDME 003 del 24 de septiembre de 2007, el Superintendente Delegado para Medidas Especiales dio posesión al agente liquidador de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD " AMBUQ ARS ESS", en los términos de la Resolución N° 01552 del 20 de septiembre de 2007.

17. El Doctor JUAN PABLO

SUAREZ CALDERÓN, Representante Legal de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A y el doctor CESAR AUGUSTO ROMERO MOLINA, apoderado general de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., para la liquidación, prestaron el juramento de rigor.

18.

Mediante Acta de Toma de posesión de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ ARS ESS de fecha 25 de septiembre de 2007 el Superintendente Delegado para Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud toma posesión y verifica los inventarios y estado actual de la entidad. En la misma diligencia, hace entrega de los inventarios parciales al agente liquidador. Se dejó constancia que la Dra ROCIO LONDOÑO LONDOÑO, Representante Legal de la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A y el Dr CESAR AUGUSTO ROMERO MOLINA, apoderado general.

19. Se posesionaron ante la Superintendencia Nacional de Salud como agente liquidador, el día 24 de septiembre de 2007. (OR 540A de fecha 11 de octubre de 2007." Mediante la cual se hace la anotación de lo resuelto en la resolución N° 1814 del 7 de noviembre de 2007, dando cumplimiento a dos fallos de tutela".- ARTICULO PRIMERO.Aténgase a lo dispuesto al fallo de tutela del 9 de octubre de 2007 proferido por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de la ciudad de Barranquilla.

20. PARÁGRAFO.- En consecuencia ordenase a la Superintendencia Delegada para la atención en salud, conjuntamente con los interventores del contrato 068 de 2007, se pronuncien si se ratifica o desvirtua el proceso administrativo en liquidación de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ.

ARTICULO 2° .- Aténgase a lo dispuesto al fallo de tutela del 29 de octubre de 2007 proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de la ciudad de Barranquilla.

21. PARÁGRAFO PRIMERO: En consecuencia, ordenase la inaplicación



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:56

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

provisional de las Resoluciones 195 de marzo 6 de 2007.- " Por medio de la cual se revoca la autorización de funcionamiento a la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ " AMBUQ-ARS-ESS", para administrar y operar el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se toman otras determinaciones". y la Resolución 01552 de 2007" Por medio de la cual se resuelve un Recurso de Reposición Interpuesto en contra de la resolución 195 de marzo 6 de 2007".

22. Hasta cuando la jurisdicción contenciosa administrativa decida mediante sentencia en firme en caso de ser confirmada la sentencia de tutela proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Barranquilla o hasta cuando ésta sea revocada, en caso de que el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla o la Corte Constitucional revoque.

23. PARAGRAFO

TERCERO.- Oficiese al Jefe de la Oficina Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda provisionalmente a la cancelación de las últimas anotaciones de registro en el certificado de existencia y representación legal de la actora hasta cuando la jurisdicción contenciosa administrativa decida mediante sentencia en firme.

24. NOTA.- En cumplimiento de la orden

contenida en el párrafo tercero del artículo 2 de la Resolución N° 1814 del 7 de noviembre de 2007, se cancelan provisionalmente las anotaciones contenidas en las órdenes de registro N° 527 del 12 de marzo d 2007, 539 del 18 de septiembre de 2007, y 540 A del 11 de octubre de 2007.

25. RESOLUCIÓN N° 1644 de fecha 8 de

octubre de 2007.-"Por medio de la cual se resuelve el recurso de Reposición por el Despacho de la Superintendencia Nacional de Salud". MEDIANTE LA CUAL SE RESUELVE.

26. ARTICULO PRIMERO.- Dar cumplimiento al fallo de tutela de octubre 3 de 2007, notificado el 5 de octubre siguiente, proferido por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Barranquilla y en consecuencia RATIFICAR el proceso administrativo de liquidación de la ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO " AMBUQ ARS ESS", por gozar de plena legalidad y haberse dictado conforme la ley lo ordena (OR 581 de fecha 14 de agosto de 2008).

27. RESOLUCIÓN N° 00002 DE

FECHA 2 DE ENERO DE 2008.-" Por la cual se revoca en su totalidad la Resolución 01644 de octubre 8 de 2007 y parcialmente la Resolución 01814 de noviembre 7 de 2007" al disponer: ARTICULO 1°.- REVOCASE EN SU TOTALIDAD la Resolución 01644 del 8 de octubre de 2007 " POR MEDIO DE LA CUAL SE CUMPLE UN FALLO DE TUTELA", Por las razones expuestas en los considerandos de la presente Resolución.28. ARTICULO 2°.- REVOCASE PARCIALMENTE la resolución 01814 del 7 de noviembre de 2007, específicamente en lo dispuesto en el ARTICULO 1° Y PARÁGRAFO ÚNICO dictado para el cumplimiento del fallo de tutela de primera instancia proferido por el Juzgado Decimo Civil del Circuito de Barranquilla, por las razones expuestas en los considerandos de dicha Resolución. (OR 581 de fecha 14 de agosto de 2008).

NOMBRAMIENTO(S) REPRESENTACIÓN LEGAL

Nombramiento realizado mediante Acta número 380 del 26/06/2019, correspondiente a la Junta Directiva en Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 27/06/2019 bajo el número 8.147 del libro III.

Cargo/Nombre

Identificación

Gerente General.

CC 8642001

Valoyes Lugo Luis Ernesto

JUNTA DIRECTIVA

NOMBRAMIENTO(S) JUNTA DIRECTIVAA



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:56

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

Nombramiento realizado mediante Certificado Especial del 05/02/2013, otorgado en Superintendencia Nacional de Salud, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 09/07/2013 bajo el número 1.307 del libro III:

Nombre	Identificación
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Palcios Bonilla David	CC 11.797.464
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Hernán Moreno Francisco	CC 71.932.593
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Lizcano Rodriguez Filemón	CC 3.647.727
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Cossio Bejarano Aylines	CC 54.254.386
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Murillo Ramirez Amanda Yaneth	CC 26.296.448
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Rivas Murillo Acisclo	CC 11.565.144
Miembro principal de JUNTA DIRECTIVA Viverios Florez Corpolino	CC 4.816.550

REVISORÍA FISCAL

Nombramiento realizado mediante Resolución número 995 del 26/02/2020, otorgado en Superintendencia Nacional de Salud en Bogota, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 13/04/2020 bajo el número 8.410 del libro III:

Cargo/Nombre	Identificación
Contralor JAHV MCGREGOR S.A.S. Designado: Contralor Quiñones Sevilla William Giovanni	NI 818000140 CC 76307486

PODERES

Que según Acta No. 026 de fecha 28 de Febrero de 2016, inscrito en esta Cámara de Comercio bajo el No. 002956 del libro respectivo.

consta la renuncia del señor JHON WALTER VALOYES VALOYES con cédula de ciudadanía No. 11.792.597 como Revisor Fiscal de la ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO EPS-S AMBUQ-ESS., según Sentencia No. C-621 del 19 de Julio de 2003

Por Escritura Pública número 719 del 25/05/2015, otorgado(a) en Notaria 11 a. de Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 09/06/2015 bajo el número 2.588 del libro III, consta, que el señor JOSÉ WADY CURE HOYOS, varón, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 9.137.847 expedida en Magangue, quien actúa como Representante Legal E.P.S..ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. AMBUQ EPS-S-ESS, identificada con el NIT N° 818.000.140-0, actuando en la calidad mencionada manifiesta: REPRESENTACION ANTE ENTIDADES Y AUTORIDADES DEL ESTADO.

Para que me represente ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado y servidores de las distintas ramas del poder público y sus organismos vinculados o adscritos, como



Cámara de Comercio de Barranquilla
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE
ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO.

Fecha de expedición: 27/11/2020 - 10:08:56

Recibo No. 8379853, Valor: 6,100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: IL3C58D4FF

Sperintendencias; de las ramas ejecutiva, judicial, legislativa, o cualquiera otra del poder público, como Contralorías de cualquier orden, es decir, las municipales, distritales, departamentales o la General de la República, Procuraduría General de la Nación, Personerías, Defensoría del Pueblo, ante cualquier petición, actuación, diligencia o proceso, como demandante o demandado, tercero o coadyuvante de cualquiera de las partes, para iniciar o seguir hasta su terminación, los procesos, actos, diligencias y actuaciones respectivas. b) REPRESENTACION ANTE ENTIDADES PRIVADAS.

Para que me represente

como sociedad o persona natural ante las entidades privadas como las cooperativas o similares, Cámara de Comercio, en las cuales tenga interés, o ante particulares que acudan a la empresa con peticiones. c) DESISTIMIENTO. Para que desista de los procesos, reclamaciones o gestiones en que intervenga a mi nombre y a nombre de la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó EPSS AMBUQ ESS, de los recursos que en ellos interponga y de los incidentes que promueva. d) SUSTITUCIÓN Y RENOVACIÓN. Para que la apoderada constituya apoderados para uno o más negocios de carácter judicial, administrativo o de policía y para que sustituya total o parcialmente el presente poder y revoque sustituciones o poderes conferidos. La apoderada queda facultada para transigir, conciliar, desistir, recibir y realizar todos los demás actos necesarios para la efectiva protección de los intereses del Poderdante y para sustituir estas facultades en los apoderados especiales o generales que constituya. e) GENERAL. En general para que asuma mi personería cuando se estime conveniente y necesario, de tal modo de que en ningún caso quede sin representación la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó EPSS AMBUQ ESS. Que la relación de las facultades anteriores no es taxativa, ya que este poder se entiende conferido para que mi apoderada realice todos los actos jurídicos en que el poderdante deba o tenga que intervenir, limitando para el efecto los trámites ante las entidades bancarias, relacionado con apertura o clausura de cuentas y administración de los bienes del Poderdante. SEGUNDA.- Que se entenderá vigente el presente poder general en tanto no sea revocado expresamente por mí o no se den las causales que la ley establece para su terminación.

Presente la apoderada, ILSE INES JARAMILLO

LASERNA, de condiciones civiles antes anotadas declara que acepta el poder general a él conferido del cual hará uso en los precisos términos indicados en su contenido.

Por Escritura Pública número 383 del 17/03/2016, otorgado(a) en Notaria 11 a. de Barranquilla, inscrito(a) en esta Cámara de Comercio el 30/06/2016 bajo el número 3.180 del libro III, consta que el señor ARIEL PALACIOS CALDERON, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.974.534 quien actúa en nombre de la E.P.S. - S. ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S., por una parte y dijo: Por medio de esta escritura pública confiero PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE a ILSE INES JARAMILLO LASERNA, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.645.270 expedida en Bogotá, para que en nombre y representación de la E.P.S. - S.

ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S., realice las siguientes acciones: PRIMERO: a) REPRESENTACIÓN ANTE ENTIDADES Y AUTORIDADES DEL ESTADO. Para que me represente ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado y servidores de las distintas ramas del poder público y sus organismos vinculados o adscritos, como Superintendencias; de las ramas ejecutivas, judicial, legislativa, o cualquiera otra del poder público, como Contralorías de cualquier orden, es decir las municipales, distritales, departamentales o la General de la República, Procuraduría General de la Nación, Personerías, Defensoría del Pueblo, ante cualquier petición, actuación, diligencia o proceso, como demandado, tercero o coadyuvante de cualquiera de las partes, para iniciar o seguir hasta su terminación, los procesos, actos, diligencias y actuaciones respectivas, informando cada una de las actuaciones al

gerente general previamente. b) Conteste las demandas y acciones de tutela y los incidentes que se presente en los diferentes Juzgados de los Departamentos de Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Cesar, Guajira y Valle, contra la empresa que represento, c) Rinda los informes que pidan los diferentes Despachos judiciales de los Departamentos de Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, Magdalena, Cesar, Guajira y Valle de las mencionadas acciones, d) Presente los recursos a que haya lugar contra las decisiones que se profieran, e) Participe en las diligencias que se decreten y practiquen en las mencionadas acciones constitucionales, f) Responda los interrogatorios de parte que se formulen en tales procesos y en general para que asuma la defensa de la E. P., S. S.-ASOCIACION-MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S., de manera integral. g) GENERAL. En general para que asuma mi personería cuando se estime conveniente y necesario, de tal modo de que en ningún caso quede sin representación la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó EPSS AMBUQ ESS. SEGUNDA: Limites del poder: Para el efecto se limitan los trámites ante las entidades bancarias, relacionado con apertura o clausura de cuentas y administración de los bienes del Poderdante, también se limita la facultad para adelantar procesos de cobro de cartera a favor de EPSS AMBUQ ESS, para lo cual se expediran poderes especiales.

TERCERA: Que se entenderá vigente el presente poder general en tanto no sea revocado expresamente por mí renuncie el apoderado o no se den las causales que la ley establece para su terminación Presente la apoderada, ILSE INES JARAMILLO LASERNA, de condiciones civiles antes notadas declara que acepta el poder general a el conferido del cual hará uso en los precisos términos indicados en su contenido.

Que de acuerdo con nuestras inscripciones, los bienes sujetos a registro mercantil relacionados en el presente certificado, se encuentran libres de embargos.

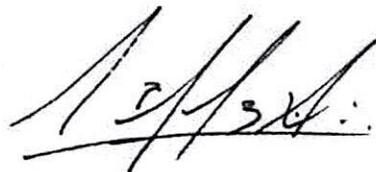
C E R T I F I C A

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica de la entidad hasta la fecha y hora de su expedición.

En la Cámara de Comercio de Barranquilla no aparecen inscripciones posteriores a las anteriormente mencionadas, de documentos referentes a reformas, o nombramiento de representantes legales, administradores o revisores fiscales, que modifiquen total o parcialmente el contenido.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Contra los actos administrativos de registro caben los recursos de reposición y de apelación. Para estos efectos se informa que para la Cámara de Comercio de Barranquilla los sábados no son días hábiles.



	EPS-SAMBUQUESS	FECHA: 07/01/2020
	GERENCIA GENERAL	CODIGO: PODER: J-1396

Señores:

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Barranquilla - Colombia

E. S. D.

DEMANDANTES: MARELBY ESTHER SIBAJA DE ALBA Y OTROS

DEMANDADOS: ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ EPS ESS Y OTROS

REFERENCIA: PODER – PROCESO VERBAL POR RESPONSABILIDAD MEDICA.

RADICACION: 2020-00066

LUIS ERNESTO VALOYES LUGO, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 8.642.001 expedida en Sabanalarga, vecino de Barranquilla – Atlántico, actuando como representante legal de la **E. P. S. – S. ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S.**, muy respetuosamente me dirijo a ustedes, para manifestarles que confiero poder especial, amplio y suficiente en cuanto a derecho se requiera a la doctora **SULLY VANESSA PEREZ ESCORCIA**, residente y domiciliada en Barranquilla, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.140.821.044 expedida en Barranquilla y portadora de la T. P. No. 259.255 del C. S. de la J., para que en representación de la **E. P. S. ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S.** asuma la defensa de los intereses de mi representada dentro del proceso de la referencia.

En este sentido nuestro apoderado queda ampliamente facultado para notificarse, contestar demanda, corregir, pedir y aportar pruebas, interponer recursos, recibir, transigir, conciliar, desistir, sustituir, reasumir y en general para ejerza cabalmente el mandato que le hemos encomendado.

Sírvase señor Juez, reconocerle personería a nuestro apoderado en los términos de este memorial y de conformidad a lo establecido en el artículo 77 del CGP.

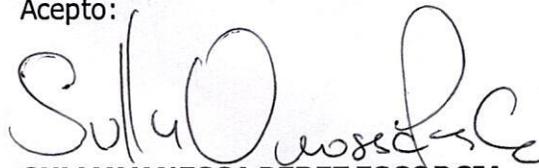
Atentamente,



LUIS ERNESTO VALOYES LUGO

C. C. No. 8.642.001 expedida en Sabanalarga.

Acepto:



SULLY VANESSA PEREZ ESCORCIA

C. C. No. 1.140.821.044 de Barranquilla.

T. P. No. 259.255 del C. S. de la J.

Proyecto: Jurídica Nacional.
Reviso: Ilse J.





**NOTARIA SEXTA TITULAR DEL CIRCULO DE
NOTARIA SEXTA TITULAR
DILIGENCIA AUTENTICACION FIRMA
REGISTRADA**

El suscrito Notario Sexto del Circulo de Barranquilla, hace constar que la firma impuesta por::

LUIS VALOYES LUGO C.C. 8642001

es autentica y coincide con la registrada en este Despacho. Se extiende diligencia a insistencia de quien presenta el documento.

En Barranquilla, el 09/12/2020



EPS-S. AMBUQ. E.S.S.
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
POR EVENTOS Y/O PAQUETES INTEGRALES DE ATENCIÓN
CONTRATO No. NA-112

MODELO 03

Fecha de Suscripción: DÍA (01) MES (04) AÑO (2010)

1. PARTES

1.1. CONTRATANTE: EPS-S AMBUQ E.S.S., organización empresarial de carácter solidario del tipo de las asociaciones mutuales, sin ánimo de lucro, regida por el derecho privado, con personería jurídica reconocida mediante Resolución 2979 de 1995 otorgada por DANCOOP.	NIT. 818.000.140-0
1.2. CONTRATISTA (LA IPS) : CLINICA SAN RAFAEL LTDA	NIT. 802.009.783-9

2. REPRESENTANTES LEGALES

2.2. POR EL CONTRATANTE		2.3. POR EL CONTRATISTA	
Nombre y Apellidos: JOSE WADY CURE HOYOS		Nombre y Apellidos LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA	
C.C. No. 9.137.847	DE: Magangue (Bolívar)	C.C. No. 64.543.595	DE: Sincelejo
Domicilio: Barranquilla		Domicilio: Sabanalarga-Atlántico	
Dirección: CRA 51 No 79-34 Of. 401 Executive Trade Center		Dirección: CL 20 No16-42	
Teléfono: 3691712		Teléfono: 8780228-8780133-8783544	

3. OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del presente contrato es el de prestar a los afiliados incluidos en la base de datos anexa a este (Anexo N° 1), los servicios de salud señalados en el cuadro servicios contratados (Numeral 4), contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, vigente al momento de la prestación de servicios de salud de alta complejidad, bajo la modalidad de evento, de conformidad con la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, el decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, deroguen, aclaren o reglamenten.

4. SERVICIOS CONTRATADOS ANEXO 2

5. POBLACION A CUBRIR: Los afiliados vigentes del contratante incluidos en la base de datos, quienes acreditarán su condición mediante la presentación del carné de afiliación, el documento de identidad y la autorización de Servicios por el contratante.

6. VIGENCIA DEL CONTRATO (DD/MM/AAAA)

6.1. FECHA DE INICIACION: 01/04/2010	6.2. FECHA DE TERMINACIÓN: 31/03/2011
--------------------------------------	---------------------------------------

7. TARIFA

ISS 2001 MAS EL 15%

8. VALOR DEL CONTRATO

\$ 400.000.000 CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS M/L
--

9. DOMICILIO CONTRACTUAL

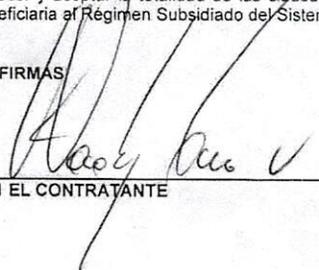
9.1 DEPARTAMENTO: ATLANTICO	9.2. MUNICIPIO: SABANALARGA
-----------------------------	-----------------------------

10. FORMA DE PAGO

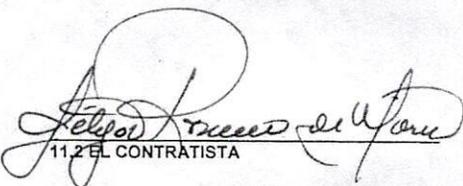
10.1. MENSUAL: X	10.2 OTROS: CUAL?:
------------------	--------------------

Nota: Antes de diligenciar el Contrato lea cuidadosamente las cláusulas incorporadas al mismo. Con la suscripción de este contrato declaramos conocer y aceptar la totalidad de las cláusulas incorporadas al mismo y las normas que regulan la administración y aseguramiento de la población beneficiaria al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en constancia firmamos como aparece:

11. FIRMAS



 11.1 EL CONTRATANTE



 11.2 EL CONTRATISTA

EPS-S. AMBUQ. E.S.S.
 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 POR EVENTOS Y/O PAQUETES INTEGRALES DE ATENCIÓN
 CONTRATO No. NA-112

MODELO 03

ANEXO 2

SERVICIOS CONTRATADOS

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		X			X
109	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO		X			X
110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		X			X
706	LABORATORIO CLINICO		X		X	
710	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		X			X
714	SERVICIO FARMACEUTICO		X		X	

Para constancia se firma el presente contrato, el día Primero (01) de Abril de Dos Mil Diez (2010)

FIRMAS

EL CONTRANTE

EL CONTRATISTA



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102073936

Fecha 22/05/2020

Hora 12:21 p.m.

Vencimiento: 21/07/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SARMIENTO MORALES MARÍA ENCARNACIÓN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301093512

Fecha 22/11/2018 Hora 04:40 p.m. Vencimiento: 21/01/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA NIT 802006728 - 1
Código 080010133001 Dirección prestador: CARRERA 75 NRO 79B - 50
Teléfono: (05)3559213-3559241 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001
3177030

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Hospitalización

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S11204	1,00 INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION DE CUATRO CAMAS
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 295324

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza OROZCO GARCIA LUISA MARINA

Teléfono 3764410

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3764410

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión MONICA DAYANA MARENCO DE LA CRUZ

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101922853

Fecha 23/08/2019

Hora 03:46 p.m.

Vencimiento: 22/10/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301032746

Fecha 23/11/2016

Hora 09:37 a.m.

Vencimiento: 22/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza FAJARDO LUNA GRISALIDES ROSA

Teléfono 3761518

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3761518

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301032744

Fecha 23/11/2016

Hora 09:34 a.m.

Vencimiento: 22/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890375	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza FAJARDO LUNA GRISALIDES ROSA

Teléfono 3761518

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3761518

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301135198

Fecha 24/11/2020

Hora 09:18 a.m.

Vencimiento: 23/01/2021

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

3	890111	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA
8	890105-008	22,00 TURNO DOMICILIARIO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE 12 HORAS DIURNAS
2	890106	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR NUTRICION Y DIETETICA
1	890101	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL
4	890112	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
6	890108	10,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA
7	890105	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA
9	890113	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL
5	890110	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA Teléfono 3145964433

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102056023

Fecha 26/03/2020

Hora 12:26 p.m.

Vencimiento: 25/05/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SARMIENTO MORALES MARÍA ENCARNACIÓN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301130411

Fecha 26/08/2020

Hora 02:06 p.m.

Vencimiento: 25/10/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

4	890111	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA
6	890113	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL
1	890101	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL
7	890108	10,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA
8	890110	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA
2	890105	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA
3	890106	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR NUTRICION Y DIETETICA
5	890112	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102002477

Fecha 26/12/2019 Hora 05:06 p.m. Vencimiento: 24/02/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
---	--------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES Teléfono 3008172974

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101965240

Fecha 28/10/2019 Hora 02:11 p.m. Vencimiento: 27/12/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES Teléfono 3008172974

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301101793

Fecha 29/03/2019

Hora 09:01 a.m.

Vencimiento: 28/05/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	930102	1,00 PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)
---	--------	----------------------------------

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101423949

Fecha 29/04/2017

Hora 12:00 p.m.

Vencimiento: 28/06/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SUAREZ MARIN MARISOL DEL CARMEN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102065248

Fecha 29/04/2020 Hora 11:59 a.m. Vencimiento: 28/06/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SARMIENTO MORALES MARÍA ENCARNACIÓN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301131851

Fecha 29/09/2020

Hora 11:23 a.m.

Vencimiento: 28/11/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

2	890105	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA
3	890106	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR NUTRICION Y DIETETICA
5	890110	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA
1	890101	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL
4	890108	10,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA
7	890112	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
8	890113	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL
6	890111	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301108108

Fecha 30/07/2019

Hora 10:41 a.m.

Vencimiento: 28/09/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre IPS CIRUJANOS PEDIATRAS ASOCIADOS NIT 802021171 - 0
Código 080010226001 Dirección prestador: CARRERA 45 84-153
Teléfono: 3781288-3780788 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890375	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101314191

Fecha 30/11/2016

Hora 11:19 a.m.

Vencimiento: 29/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR NIT 900423126 - 1
Código 087580071402 Dirección prestador: CALLE 47 ENTRE CRA 6 Y 7
Teléfono: 3463698 - 3430701 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Hospitalización

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-S12102-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza CHARRIS LEONES MARIA DEL CARMEN

Teléfono 3163316722

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3163316722

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VICTOR SALCEDO REBOLLEDO

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101671689

Fecha 01/06/2018

Hora 04:47 p.m.

Vencimiento: 31/07/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301058029

Fecha 01/09/2017 Hora 11:04 a.m. Vencimiento: 31/10/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301037960

Fecha 02/02/2017

Hora 08:44 a.m.

Vencimiento: 03/04/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890375	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza FAJARDO LUNA GRISALIDES ROSA

Teléfono 3761518

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3761518

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301037957

Fecha 02/02/2017

Hora 08:39 a.m.

Vencimiento: 03/04/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890283	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza FAJARDO LUNA GRISALIDES ROSA

Teléfono 3761518

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3761518

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301072820

Fecha 02/03/2018 Hora 09:57 a.m. Vencimiento: 01/05/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301072821

Fecha 02/03/2018 Hora 10:00 a.m. Vencimiento: 01/05/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890275	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301125208

Fecha 02/03/2020

Hora 11:31 a.m.

Vencimiento: 01/05/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301125207

Fecha 02/03/2020

Hora 11:29 a.m.

Vencimiento: 01/05/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre MEDISALUD DEL CARIBE SAS NIT 802009778 - 1
Código 087580106601 Dirección prestador: CALLE 21 NO 19 - 29 PISO 2
Teléfono: 3183766379 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890242	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301102369

Fecha 02/04/2019

Hora 12:08 p.m.

Vencimiento: 01/06/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	944102	2,00 PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301084729

Fecha 02/08/2018 Hora 10:34 a.m. Vencimiento: 01/10/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301089506

Fecha 03/10/2018 Hora 03:31 p.m. Vencimiento: 02/12/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA Teléfono 3145964433

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA Teléfono

Cargo o actividad: Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101638303

Fecha 04/04/2018 Hora 03:05 p.m. Vencimiento: 03/06/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301102285

Fecha 04/04/2019

Hora 06:00 p.m.

Vencimiento: 03/06/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
2	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301128248

Fecha 04/06/2020

Hora 09:14 a.m.

Vencimiento: 03/08/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890101	1,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301060065

Fecha 04/10/2017

Hora 03:06 p.m.

Vencimiento: 03/12/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890306	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301060064

Fecha 04/10/2017

Hora 03:04 p.m.

Vencimiento: 03/12/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301092100

Fecha 04/12/2018

Hora 04:44 p.m.

Vencimiento: 02/02/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
2	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101891398

Fecha 05/07/2019

Hora 10:06 a.m.

Vencimiento: 03/09/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
2	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	0,00
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301087079

Fecha 05/09/2018 Hora 10:02 a.m. Vencimiento: 04/11/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA Teléfono 3145964433

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101359209

Fecha 06/02/2017

Hora 04:45 p.m.

Vencimiento: 07/04/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza ATEHORTUA CARDENAS MARIA LUZ ELBA

Teléfono 3482061

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3482061

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 875801104605

Fecha 06/03/2018

Hora 04:33 p.m.

Vencimiento: 05/05/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza MARRIAGA GUTIERREZ BELKIS PATRICIA

Teléfono 3105216449

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3105216449

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101688913

Fecha 06/07/2018

Hora 10:42 a.m.

Vencimiento: 04/09/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA Teléfono 3145964433

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA Teléfono

Cargo o actividad: Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101658062

Fecha 08/05/2018 Hora 04:19 p.m. Vencimiento: 07/07/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938660-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL DE TERAPIAS DE REHABILITACION FUNCIONAL -TERAPIAS ABA
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101753775

Fecha 07/11/2018 Hora 12:37 p.m. Vencimiento: 06/01/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

2	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
---	--------------	---

1	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
---	--------	------------------------

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301058852

Fecha 08/09/2017 Hora 06:33 p.m. Vencimiento: 07/11/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CLINICA PORVENIR LTDA NIT 802019573 - 1
Código 087580000801 Dirección prestador: CALLE 18 N° 34 - 18 SOLEDAD
Teléfono: 3435663 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Hospitalización

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S11202	1,00 INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 105046

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza POLO OROZCO MILEIDYS

Teléfono 3116663978

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3116663978

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101297663

Fecha 08/11/2016

Hora 08:00 a.m.

Vencimiento: 07/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR NIT 900423126 - 1
Código 087580071402 Dirección prestador: CALLE 47 ENTRE CRA 6 Y 7
Teléfono: 3463698 - 3430701 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Hospitalización

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-S11202-1	1,00 PAQUETE INTEGRAL INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL
---	-------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza OROZCO GARCIA LUISA MARINA

Teléfono 3764410

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3764410

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VICTOR SALCEDO REBOLLEDO

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101622932

Fecha 09/03/2018

Hora 12:05 p.m.

Vencimiento: 08/05/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	931000	20,00 TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD
3	943102	20,00 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA
2	938303	20,00 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
4	937000	20,00 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301073597

Fecha 09/03/2018

Hora 09:51 a.m.

Vencimiento: 08/05/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890264	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101321253

Fecha 09/12/2016

Hora 01:50 p.m.

Vencimiento: 07/02/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza AGUIRRE GONZALEZ AYDA LUCY

Teléfono 3016767438

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3016767438

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101340690

Fecha 10/01/2017

Hora 09:21 a.m.

Vencimiento: 11/03/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SUAREZ MARIN MARISOL DEL CARMEN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101271129

Fecha 10/09/2016

Hora 01:48 p.m.

Vencimiento: 09/11/2016

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza ATEHORTUA CARDENAS MARIA LUZ ELBA

Teléfono 3482061

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3482061

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101935484

Fecha 10/09/2019 Hora 09:12 a.m. Vencimiento: 09/11/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES Teléfono 3008172974

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101787145

Fecha 11/01/2019 Hora 04:17 p.m. Vencimiento: 12/03/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
2	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101282838

Fecha 11/10/2016

Hora 03:44 p.m.

Vencimiento: 10/12/2016

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SUAREZ MARIN MARISOL DEL CARMEN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101301672

Fecha 11/11/2016

Hora 05:22 p.m.

Vencimiento: 10/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza ATEHORTUA CARDENAS MARIA LUZ ELBA

Teléfono 3482061

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3482061

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301119204

Fecha 11/12/2019

Hora 11:17 a.m.

Vencimiento: 09/02/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre SOCIEDAD DE CIRUJANOS PEDIATRAS ESPECIALISTAS NIT 901290414 - 7
Código 80010476101 Dirección prestador: CALLE 71 CRA 4146 P3
Teléfono: PBX 3228080 EXT 101-104 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890375	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza MORENO JARAMILLO CARMEN ALICIA

Teléfono 311-6788499

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 311-6788499

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301119202

Fecha 11/12/2019

Hora 11:13 a.m.

Vencimiento: 09/02/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO NIT 890108597 - 1
Código 080010112201 Dirección prestador: CARRERA 42F NRO 75B-18
Teléfono: 3565109- 3587275 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890220	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza MORENO JARAMILLO CARMEN ALICIA

Teléfono 311-6788499

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 311-6788499

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101975093

Fecha 12/11/2019 Hora 04:24 p.m. Vencimiento: 11/01/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
---	--------------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301094786

Fecha 12/12/2018 Hora 02:45 p.m. Vencimiento: 10/02/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
2	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101806142

Fecha 13/02/2019

Hora 12:23 p.m.

Vencimiento: 14/04/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
2	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101389001

Fecha 13/03/2017

Hora 06:12 p.m.

Vencimiento: 12/05/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SUAREZ MARIN MARISOL DEL CARMEN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101259867

Fecha 13/08/2016

Hora 11:10 a.m.

Vencimiento: 12/10/2016

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION COMUNIDAD VIVA NIT 900294046 - 4
Código 084330066401 Dirección prestador: CALLE 15A NRO 1C -51
Teléfono: 3760907 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	938660	1,00 REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SUAREZ MARIN MARISOL DEL CARMEN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301109283

Fecha 13/08/2019

Hora 11:27 a.m.

Vencimiento: 12/10/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890275	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301066693

Fecha 13/12/2017

Hora 09:42 a.m.

Vencimiento: 11/02/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A. NIT 890102768 - 5
Código 080010003701 Dirección prestador: CARRERA 48 NRO 70-38
Teléfono: 3091666 - 3091999 EXT. 11031. Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890220	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión ROSA MATILDE SANABRIA ROA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101302595

Fecha 14/11/2016

Hora 08:01 a.m.

Vencimiento: 13/01/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LIMITADA NIT 800232059 - 1
Código 080010320903 Dirección prestador: CRA 47 No. 80 - 150
Teléfono: 3458836 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Hospitalización

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	891410	1,00 ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza CHARRIS LEONES MARIA DEL CARMEN

Teléfono 3163316722

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3163316722

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301092758

Fecha 15/11/2018 Hora 08:57 a.m. Vencimiento: 14/01/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA NIT 802006728 - 1
Código 080010133001 Dirección prestador: CARRERA 75 NRO 79B - 50
Teléfono: (05)3559213-3559241 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001
3177030

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890275	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza MORENO JARAMILLO CARMEN ALICIA

Teléfono 311-6788499

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 311-6788499

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión MONICA DAYANA MARENCO DE LA CRUZ

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301092757

Fecha 15/11/2018 Hora 08:54 a.m. Vencimiento: 14/01/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA NIT 802006728 - 1
Código 080010133001 Dirección prestador: CARRERA 75 NRO 79B - 50
Teléfono: (05)3559213-3559241 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001
3177030

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890383	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza MORENO JARAMILLO CARMEN ALICIA

Teléfono 311-6788499

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 311-6788499

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión MONICA DAYANA MARENCO DE LA CRUZ

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101860124

Fecha 16/05/2019

Hora 09:30 a.m.

Vencimiento: 15/07/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
2	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	0,00
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301085645

Fecha 16/08/2018 Hora 08:42 a.m. Vencimiento: 15/10/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA NIT 802006728 - 1
Código 080010133001 Dirección prestador: CARRERA 75 NRO 79B - 50
Teléfono: (05)3559213-3559241 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001
3177030

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890283	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión MONICA DAYANA MARENCO DE LA CRUZ

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301114884

Fecha 16/10/2019

Hora 10:15 a.m.

Vencimiento: 15/12/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890283	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301114883

Fecha 16/10/2019

Hora 10:13 a.m.

Vencimiento: 15/12/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre SOCIEDAD DE CIRUJANOS PEDIATRAS ESPECIALISTAS NIT 901290414 - 7
Código 80010476101 Dirección prestador: CALLE 71 CRA 4146 P3
Teléfono: PBX 3228080 EXT 101-104 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890375	1,00 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301047705

Fecha 17/05/2017

Hora 04:24 p.m.

Vencimiento: 16/07/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT 890112801 - 3
Código 087580001301 Dirección prestador: CALLE 30 AUTOP AL AEROPUERTO AL LADO DEL PARQUE MU
Teléfono: 3858131 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: SOLEDAD 758

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890206	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301047706

Fecha 17/05/2017

Hora 04:26 p.m.

Vencimiento: 16/07/2017

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO NIT 890108597 - 1
Código 080010112201 Dirección prestador: CARRERA 42F NRO 75B-18
Teléfono: 3565109- 3587275 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890220	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101879452

Fecha 17/06/2019 Hora 12:09 p.m. Vencimiento: 16/08/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
---	--------------	---

2	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
---	--------	------------------------

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	0,00
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301090580

Fecha 18/10/2018 Hora 09:07 a.m. Vencimiento: 17/12/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre INSTITUTO DE REHABILITACION ISSA ABUCHAIBE LTDA. NIT 890102992 - 9
Código 080010028701 Dirección prestador: CARRERA 51B NRO 94- 334
Teléfono: 3578999-3570222 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890264	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
---	--------	---

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301090579

Fecha 18/10/2018 Hora 09:02 a.m. Vencimiento: 17/12/2018

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS NIT 800033723 - 0
Código 080010025301 Dirección prestador: CALLE 70 N° 48-56
Teléfono: 3857980 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
4	905202	1,00 ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO
6	903856	1,00 NITROGENO UREICO
3	907106	1,00 UROANALISIS
7	903866	1,00 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
1	902210	1,00 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
5	903895	1,00 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
2	907002	1,00 COPROLOGICO

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA Teléfono 3145964433

Cargo o actividad: Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión Teléfono

Cargo o actividad: Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301133029

Fecha 19/10/2020

Hora 02:25 p.m.

Vencimiento: 18/12/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890101	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL
3	890106	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR NUTRICION Y DIETETICA
4	890108	10,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR PSICOLOGIA
6	890111	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA
7	890112	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
2	890105	2,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA
5	890110	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA
8	890113	20,00 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102016106

Fecha 20/01/2020

Hora 03:06 p.m.

Vencimiento: 20/03/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SIERRA GARCIA CLARA INES

Teléfono 3008172974

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3008172974

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800102038170

Fecha 20/02/2020

Hora 09:28 a.m.

Vencimiento: 20/04/2020

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1 PA-938661-31	1,00	PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80
----------------	------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 0

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago	0,00	0,00	
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza SARMIENTO MORALES MARÍA ENCARNACIÓN

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 800101823311

Fecha 20/03/2019

Hora 09:41 a.m.

Vencimiento: 19/05/2019

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre CENTRO FISIOTERAPEUTICO REHABILITAMOS IPS SAS NIT 900488067 - 2
Código 084330205401 Dirección prestador: CLL 12 N°14- 35
Teléfono: 3207404550 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

2	S50007	1,00 TRANSPORTE URBANO
1	PA-938661-31	1,00 PAQUETE DE REHABILITACION ESPECIALIZADA POR 80

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión VERONICA MOLINA

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular:



FORMATO UNICO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO AUTORIZACION 843301030584

Fecha 21/10/2016

Hora 04:15 p.m.

Vencimiento: 20/12/2016

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S. - E.P.S.

CODIGO ESS076

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre ESE HOSPITAL NIÑO JESUS DE BARRANQUILLA NIT 802006728 - 1
Código 080010133001 Dirección prestador: CARRERA 75 NRO 79B - 50
Teléfono: (05)3559213-3559241 Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: BARRANQUILLA 001
3177030

DATOS DEL PACIENTE

PACHECO SIBAJA YORLEY MICHEL
Tipo Documento de Identificación Tarjeta de identidad Número documento de Identificación 1048284126
Fecha de Nacimiento 12/07/2008
Dirección de Residencia Habitual CRA 6SUR 16 22 Teléfono 3045667082
Departamento: ATLANTICO 08 Municipio: MALAMBO 433
Teléfono celular 3045667082 Correo electrónico LA MILAGROSA

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta Externa

Servicio/Cama:

Manejo Integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
-------------	----------	-------------

1	890283	1,00 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
---	--------	--

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:

Fecha:

Hora:

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador

Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
Cuota Moredadora	0,00	0,00	0,00
Copago			
Cuota de recuperación	0,00	0,00	0,00
Otro	0,00	0,00	0,00

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza LORA DE ALBA SINDY PAOLA

Teléfono 3145964433

Cargo o actividad:

Teléfono celular: 3145964433

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA IPS RECEPTORA QUE ACEPTA RECIBIR EL PACIENTE

Nombre de quien acepta la remisión MONICA DAYANA MARENCO DE LA CRUZ

Teléfono

Cargo o actividad:

Teléfono celular: