

130.20 20201459

Itagüí, 24 NOV 2020

Magistrado

PLENIO MENDIETA PACHECO

Tribunal Superior de Antioquia Sala Penal

Carrera 52 N° 42-73 Sector la Alpujarra

Edificio José Félix de Restrepo piso 27

secsptsant@cendoj.ramajuducial.gov.co

Medellín

Asunto: Solicitud de Permiso para exámenes Médicos radicado Interno 20200273-4

Respetuoso Saludo

De manera respetuosa a través de este ente de control, solicitamos de manera respetuosa conceda permiso para el PPL JOHN JAMER PEÑATA HERRERA, identificado con cedula de ciudadanía 1147934289, para realizarse exámenes de laboratorio; tomografía computada de cráneo simple y contrastada; encefalograma computarizado (cita 2 de diciembre de 2020 a las 4:00 pm); a si mismo luego de realizarse los exámenes cita con el Psiquiatra de revisión.

Nota: anexamos autorización para procedimientos

Cordialmente,



ADRIANA MARIA CATAÑO MUÑOZ

Personera Delegada para los Derechos Humanos

Folios 9

Proyecto: Aleida Vasco



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TECNICO NRO 3

Resolución 003047 14 AGO 2008



Código:	NUMERO INFORME: W93 907934	Fecha: Oct.16/2020	Hora: 10:29
Versión:			

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA		
Código:	050880473401	Nit:	890.905.166-8
Dirección:	Calle 38 No. 55-310 Bello Tel:444-83-30 Fax:452-74-79		
Teléfono:	4527479	Fax:	4527479
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	BELLO	Código:	088
Entidad que se le otorga (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellido:	PETAÑA	2do. Apellido:	HERRERA	
Nombre:	JHON	2do. Nombre:	JAMER	
Documento:	CEDULA	No. Documento:	1.147.934.289	
Nacimiento:	Jul.24/1990	Edad:	30 Años	
Sexo:	MASCULINO			
Residencia:	ESTACION DE POLICIA LOS GOMEZ		Teléfono:	3744436
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05	
Municipio:	ITAGUI	Código:	360	
Seguro en Salud:	SUBSIDIADO-1			

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	POSTERIOR A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS
Atención:	PRIORITARIA	Servicio:	CONSULTA PSIQUIATRICA
Urgencia de atención:	URGENCIAS	Cama:	
Atención Guía:	CONSULTA PSIQUIATRICA		

Seq	EPS
1	89038
2	03118
3	03118
4	90220
5	90386
6	90386
7	90310
8	9037
9	9038
10	906
11	906
12	87911
13	891402

Seq	EPS	Cantidad	Descripción
1	89038	1	CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
2	03118	30	RISPERIDONA 2 MG
3	03118	30	LEVOMEPRIMAZINA 25 MG
4	90220	1	HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL Y SIN SEDIMENTACION
5	90386	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALAC ETICA O ASPARTATO AMINO TRANSF
6	90386	1	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA
7	90310	1	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO
8	9037	1	VITAMINA B12
9	9038	1	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS
10	906	1	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR
11	906	1	VIH ANTICUERPOS (PRUEBA COMBI,VIH-1 INCLUSO GRUPO Y VIH-2)
12	87911	1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE
13	891402	1	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO

Historia Clínica:

PACIENTE DE 30 AÑOS. PRIMERA ATENCION POR PSIQUIATRIA, SIN HISTORIA DE PSICOPATOLOGIA MAYOR. SINTOMAS DE DO MESES DE EVOLUCION DE PSEUDOAKUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS. ALTERACION EN EL SUEÑO. CAMBIOS CONDUCTUALES INESPECIFICOS. DESCRIBE EPISODIOS POCO CLAROS Y NO CONSISTENTES CON EL EXAMEN MENTAL DE FALLAS ATENCIONALES O MNESICAS EPISODICAS. SE INICIA MANEJO AMBULATORIO. INICIO MANEJO CON ANTIPSICOTICOS, SOLICITO PARA CLINICOS AMBULATORIOS Y CONTROL EN 30 DIAS EN SU EPS.

PLAN DE ATENCION:

INSTRUCCIONES Y SIGNOS DE ALARMA

SE INICIA PSICOEDUCACION

RISPERIDONA TAB 2MG: 0-0-1

LEVOMEPRIMAZINA TAB 25MG: 0-0-1

TACOMPLE DE CRANEO

ELECTROENCEFALOGRAMA

PARACLINICOS BASALES

CONTROL EN 30 DIAS

Revisar Proxima Cita Para: 1 Meses

Diagnóstico Principal:	PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	F29X
Diagnóstico 1:	AMENSA DISOCIATIVA	Código CIE10:	F440
Diagnóstico 2:	** PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnóstico 3:	** PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre reporta:	AG: ELO VELEZ CAMILO ANDRES	Teléfono:	4527479
Edad Medico:	050	Teléfono Celular:	
Actividad:	PSIQUIATRIA		
Firma 			

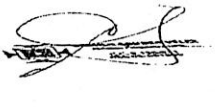
		E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA Nit: 890.905.166-8			
		ORDEN DE LABORATORIO		Docto Nro:	W05 244288
		Código:	Versión:	Fecha:	Oct.16/2020
Nombre:	PETAÑA HERRERA JHON JAMER	Edad:	30 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3744436	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1147934289	Id:	CC 1.147.934.289		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS	Nro Aten:	2		
Servicio:					
T. Atención:	CONSULTA DE URGENCIAS PSIQUIATRIA	Codigo Dx:	F29X - F440 - F208		
CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES		CANTIDAD	
90	HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL Y SIN SEDIMENTACION -			1	
90	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALAC ETICA O ASPARTATO AMINO TRANSF - TGO-AST			1	
90	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA - TGP-ALT			1	
90	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO -			1	
90	VITAMINA B12 -			1	
90	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS -			1	
90	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR -			1	

Observaciones:

Fecha: _____ Cedula: _____	Medico: AGUDELO VELEZ CAMILO ANDRES	Firma 
Fecha: 16/10/2020 Hora: 10:34:22	Pagina: 1 de 1 Imprime: CAGUDE	
Cedula: 8.156.873 Registro: 050910		

		E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA Nit: 890.905.166-8			
		ORDEN DE LABORATORIO		Docto Nro:	W05 244288
		Código:	Versión:	Fecha:	Oct.16/2020
Nombre:	PETAÑA HERRERA JHON JAMER	Edad:	30 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3744436	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1147934289	Id:	CC 1.147.934.289		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS	Nro Aten:	2		
Servicio:					
Atención:	CONSULTA DE URGENCIAS PSIQUIATRIA	Codigo Dx:	F29X - F440 - F208		
CODIGO	SERVICIO	OBSERVACIONES		CANTIDAD	
90	VIH ANTICUERPOS (PRUEBA COMBI, VIH-1 INCLUSO GRUPO Y VIH-2) -			1	

Observaciones:

Fecha: _____ Cedula: _____	Medico: AGUDELO VELEZ CAMILO ANDRES	Firma 
Fecha: 16/10/2020 Hora: 10:34:22	Pagina: 1 de 1 Imprime: CAGUDE	
Cedula: 8.156.873 Registro: 050910		

		E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA					
		Nit: 890.905.166-8					
		ORDEN PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES				Docto Nro:	Z04 19370
Código:				Versión:		Fecha:	Oct.16/2020
Nombre:	PETANA HERRERA JHON JAMER			Edad:	30 Años	Sexo:	MASCULINO
Teléfono:	3744436			Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1147934289			Id:	CC 1.147.934.289		
Ciudad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS			Nro Aten:	2		
Clinica:				Código Dx:	F29X - F440 - F208		
Indicador:	CONSULTA DE URGENCIAS PSIQUIATRIA						
IGO	SERVICIO			OBSERVACIONES		CANTIDAD	
870	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE -			ESTUDIO DE PRIMER EPSIODIO PSICOTICO		1	

Comentarios:

Usuario: _____ Cédula: _____		Medico: AGUDELO VELEZ CAMILO ANDRES	Firma 
Fecha: 16/10/2020 Hora: 14:30	Pagina: 1 de 1 Imprime: CAGUDE	Cedula: 8.156.873 Registro: 050910	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 431 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfonos: 4481747			
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO					
Cargo o actividad: Auditor		Teléfono celular: 018000423683 Op.1			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a		360 días			
Medicamentos a		30 días			
Laboratorios a		360 días			
Ayudas diagnóstica a		360 días			

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

 SALUD EPS		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				
		AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD				
NUMERO AUTORIZACION		12765341	Fecha:	2020-10-26	Hora:	17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			Savia Salud EPS		CODIGO:	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre			NIT	X	Número	
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SAS			CC		890906793	
Código	050010396901		Dirección			
Teléfono	4444343		CALLE 56 # 43 - 90 BOLIVIA CON EL PALO			
Departamento:	ANTIOQUIA [05]		Municipio	MEDELLIN [001]		
DATOS DEL PACIENTE						
PEÑATA		HERRERA		JOHN		JAMER
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento de Identificación						
Registro civil		Pasaporte		1147934289		
Tarjeta de identidad		Adulto sin identificación		Número documento de identificación		
☒	Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación				
	Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia				
	Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia				
	Carné diplomático					
				Fecha de Nacimiento	1990-07-24	
Dirección de Residencia Habitual:				Teléfono:	0	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]		Municipio:	APARTADO [045]		
Teléfono celular			Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						
☒	Consulta Externa	Hospitalización		Servicio	Cama	
	Urgencias	Domiciliario				
Manejo integral según Guía de:						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
903703	1	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]				
903105	1	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO				
903866	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]				

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 431 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfonos: 4481747		
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO					
Cargo o actividad: Auditor			Teléfono celular: 018000423683 Op.1		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a 360 días					
Medicamentos a 30 días					
Laboratorios a 360 días					
Ayudas diagnóstica a 360 días					

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO AUTORIZACION		12772226	Fecha: 2020-10-27 Hora: 10:21
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Savia Salud EPS	CODIGO: EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		NIT	X
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SAS		CC	Número 890906793
Código	050010396901	Dirección	
Teléfono	4444343	CALLE 56 # 43 - 90 BOLIVIA CON EL PALO	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio	MEDELLIN [001]
DATOS DEL PACIENTE			
PEÑATA	HERRERA	JOHN	JAMER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
Registro civil	Pasaporte	1147934289	
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
X Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación		
Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia		
Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia		
Carné diplomático			
Fecha de Nacimiento			1990-07-24
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	0
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio:	APARTADO [045]
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
X Consulta Externa	Hospitalización	Servicio	Cama
Urgencias	Domiciliario		
Manejo integral según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
903867	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:		431	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfonos:			
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO		4481747			
Cargo o actividad: Auditor		Teléfono celular:		018000423683 Op.1	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a		360 días			
Medicamentos a		30 días			
Laboratorios a		360 días			
Ayudas diagnóstica a		360 días			

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
			
NUMERO AUTORIZACION		12765341	Fecha: 2020-10-26 Hora: 17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Savia Salud EPS	CODIGO: EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		NIT	X
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SAS		CC	Número 890906793
Código	050010396901	Dirección	
Teléfono	4444343	CALLE 56 # 43 - 90 BOLIVIA CON EL PALO	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio	MEDELLIN [001]
DATOS DEL PACIENTE			
PEÑATA	HERRERA	JOHN	JAMER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
Registro civil	Pasaporte	1147934289	
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
☒ Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación		
Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia		
Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia		
Carné diplomático			
Fecha de Nacimiento			1990-07-24
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono: 0
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio:	APARTADO [045]
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
☒ Consulta Externa	Hospitalización	Servicio	Cama
Urgencias	Domiciliario		
Manejo integral según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
903703	1	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	
903105	1	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	
903866	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 431 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfonos: 4481747			
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO					
Cargo o actividad: Auditor		Teléfono celular:		018000423683 Op.1	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a		360 días			
Medicamentos a		30 días			
Laboratorios a		360 días			
Ayudas diagnóstica a		360 días			

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO AUTORIZACION		12765340	Fecha: 2020-10-26 Hora: 17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Savia Salud EPS	CODIGO: EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		NIT	X
FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA		CC	Número 890981374
Código	050010115001	Dirección	
Teléfono	3227545	CALLE 55 N 46 36	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio	MEDELLIN [001]
DATOS DEL PACIENTE			
PEÑATA	HERRERA	JOHN	JAMER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación:			
Registro civil	Pasaporte	1147934289	
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
X Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación		
Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia		
Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia		
Carné diplomático			
Fecha de Nacimiento			1990-07-24
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono: 0
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio:	APARTADO [045]
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
X Consulta Externa	Hospitalización	Servicio	Cama
Urgencias	Domiciliario		
Manejo integral según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
891402	1	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 431 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Teléfonos:		
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO			4481747		
Cargo o actividad: Auditor			Teléfono celular:		
			018000423683 Op.1		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a 360 días					
Medicamentos a 30 días					
Laboratorios a 360 días					
Ayudas diagnóstica a 360 días					

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
			
NUMERO AUTORIZACION		12765339	Fecha: 2020-10-26 Hora: 17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Savia Salud EPS	CODIGO: EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		NIT	X
FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA		CC	890981374
Código	050010115001	Dirección	
Teléfono	3227545	CALLE 55 N 46 36	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio	MEDELLIN [001]
DATOS DEL PACIENTE			
PEÑATA	HERRERA	JOHN	JAMER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
Registro civil	Pasaporte	1147934289	
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
X Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación		
Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia		
Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia		
Carné diplomático			
Fecha de Nacimiento			1990-07-24
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono: 0
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio:	APARTADO [045]
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
X Consulta Externa	Hospitalización	Servicio	Cama
Urgencias	Domiciliario		
Manejo integral según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
879113	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA	

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: 431 Reclamo de tiquete, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfonos: 4481747			
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO					
Cargo o actividad: Auditor		Teléfono celular: 018000423683 Op.1			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a		360 días			
Medicamentos a		30 días			
Laboratorios a		360 días			
Ayudas diagnóstica a		360 días			

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

 SALUD EPS		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				
		AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD				
NUMERO AUTORIZACION		12765339	Fecha:	2020-10-26	Hora:	17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			Savia Salud EPS		CODIGO:	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre			NIT	X	Número	
FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA			CC		890981374	
Código	050010115001		Dirección			
Teléfono	3227545		CALLE 55 N 46 36			
Departamento:	ANTIOQUIA [05]		Municipio	MEDELLIN [001]		
DATOS DEL PACIENTE						
PEÑATA		HERRERA		JOHN		JAMER
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento de Identificación						
Registro civil		Pasaporte		1147934289		
Tarjeta de identidad		Adulto sin identificación		Número documento de identificación		
☒	Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación				
	Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia				
	Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia				
	Carné diplomático					
				Fecha de Nacimiento	1990-07-24	
Dirección de Residencia Habitual:				Teléfono:	0	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]		Municipio:	APARTADO [045]		
Teléfono celular			Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						
☒	Consulta Externa	Hospitalización		Servicio		Cama
	Urgencias	Domiciliario				
Manejo integral según Guía de:						
Código CUPS		Cantidad	Descripción			
879113		1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA			

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:	10188787	Fecha:	2020-10-26	Hora:	11:48
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicio de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:		431	Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: No					
Cuota moderadora					
Copago					
Cuota de recuperación					
Exento cobro					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Teléfonos:			
LAURA MARCELA HURTADO GALEANO		4481747			
Cargo o actividad: Auditor		Teléfono celular:		018000423683 Op.1	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					
La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es:					
Consulta a	360	días			
Medicamentos a	30	días			
Laboratorios a	360	días			
Ayudas diagnóstica a	360	días			

ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

 SALUD EPS		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO AUTORIZACION		12765342	Fecha: 2020-10-26 Hora: 17:15
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Savia Salud EPS	CODIGO: EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		NIT	X
ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA		CC	Número 890905166
Código	050880473401	Dirección	
Teléfono	4527474	CL 38 55 310 BARRIO SANTA ANA BELLO	
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio	BELLO [088]
DATOS DEL PACIENTE			
PEÑATA	HERRERA	JOHN	JAMER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
Registro civil	Pasaporte	1147934289	
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
☒ Cédula de ciudadanía	Menor sin identificación		
Cédula de extranjería	Salvoconducto de permanencia		
Certificado nacido vivo	Permiso especial de permanencia		
Carné diplomático			
Fecha de Nacimiento			1990-07-24
Dirección de Residencia Habitual:			Teléfono: 0
Departamento:	ANTIOQUIA [05]	Municipio:	APARTADO [045]
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
☒ Consulta Externa	Hospitalización	Servicio	Cama
Urgencias	Domiciliario		
Manejo integral según Guía de:			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
890384	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	