



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCION 2335 DE 2023 - ANEXO TECNICO No. 1

PROCEDIMIENTO: 3. AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

N° consecutivo: 20241018433905

Fecha y Hora: 2024-10-18 09:14

N° solicitud de autorización: 20241018433905

Fecha y Hora de solicitud: 2024-10-18 09:14

INFORMACION DEL PRESTADOR Y PAGADOR

Nombre:

Nit de obligado a reportar: 890303841-8

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

CODIGO: 760010371501

DIRECCION

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA

TELEFONO: 602-4892222

DEPARTAMENTO

VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO: 76001 CALI

Código entidad responsable de pago: ESSC18

EMSSANAR EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO

Regimen Contributivo

Código del prestador que remite: NO_REMITIDO NO_REMITIDO

DATOS DE LA PERSONA

GONZALEZ	HERRERA	DIANA	ISABEL
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de Documento:		Numero de Documento:	Fecha de Nacimiento
Cedula de Ciudadania	CC 1144130572		1989-06-17
Direccion de Residencia Habitual:	kr 28 h # 72m-12	Telefono:	3017274687
Departamento:	76 VALLE DEL CAUCA	Municipio:	76001 SANTIAGO DE CALI
Correo electrónico de la persona:		Nombre del contacto de emergencia:	...
Fecha y hora de ingreso de la persona:	2024-10-18 08:46	Telefono de contacto de emergencia:	...

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Causa que motiva la atención: 38 Enfermedad general Clasificación triage: 3

Prioridad en la atención: 01 - Prioritaria Tipo de atención solicitada: 02 - Servicios y tecnologías en atención prioritaria

Grupo de servicios: 25-ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO Modalidad de atención: 01 - Intramural

Tipo de pago compartido: Cuota moderadora Nivel de la persona: 01-Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV

Codigo/CUPS	Cantidad	Descripcion	Codigo del servicio	Finalidad
19946206-01	30	PROGESTERONA CAP 200 MG		
19996536-01	15	HIOSCINA BUTILBROMURO 10MG TAB.		

Justificación Clínica:

PEDIDO :1 - PROGESTERONA CAP 200 MG. APLICAR UNA CAP INTRAVAGINAL CADA NOCHE POR UN MES., PEDIDO :1 - HIOSCINA 10 MG TAB. TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS VIA ORAL POR CINCO DIAS.

Valor pago compartido (\$): Tope máximo copagos:

Diagnostico Principal: 0200 AMENAZA DE ABORTO

Diagnostico relacionado 1:

Diagnostico relacionado 2:

Firma Profesional

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:	IMPRESO: 18/10/2024 09:17:42	Telefono	4892222
DIANA LORENA NOGUERA QUIÑONEZ	RM 765288		
Cargo	MEDICO GINECOBISTETA - CIRUGIA	ID	1130604035
		Telefono Celular	