ANEXO TÉCNICO No. 1

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD: 2605216224 FECHA: 2026/05/21 HORA: 10:48

RMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA NIT: X 899999032 CC: Numero

Codigo: 110010922401 Direccion:

Telefono: 091 (Indicativo) 8524986 (Telefono) Departamento: 11 Municipio: 001

Entidad a la que se le informa (pagador) SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Codigo: CSV010

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
SUAREZ	SUAREZ	JOSE	ANTONIO

Tipo Documento de identificacion

- [ ] Registro civil
- [ ] Cedula de extranjeria
- [x] Cedula de ciudadania
- [ ] Menor sin identificacio
- [ ] Tarjeta de identidad
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin Identifiacio

Numero de Documento de identificacion: 1070328826

Fecha de nacimiento: 1992/05/19

Direccion de Residencia Habitual: BARRIO LIBERTA Telefono: 3223083548

Departamento: CUNDINAMARCA 25 Municipio: ZIPAQUIRA 399

Telefono Celular: 3223083548 Correo Electronico NOTIENE@GMAIL.COM

Cobertura en salud

- [ ] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado_Parcial
- [ ] Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazados
- [ ] Regimen subsidiado-Total
- [ ] Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN
- [ ] Plan Adicional de Salud
- [x] Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion

- [x] Enfermedad General
- [ ] Accidente de Trabajo
- [ ] Evento Catastrofico
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de Transito

Tipo de servicio Solicitado

- [x] Posterior a la atencion de Urgencias
- [ ] Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion

- [x] Prioritaria
- [ ] No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

- [ ] Consulta Externa
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalizacion

Servicio ZP-C. MEDICINA GENERAL Cama:

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	
951000	10	TERAPIA FISICA INTEGRAL