

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TECNICO N° 3

No. Solicitud		2505138373		Fecha y hora :		13/05/2025 10:16:25 p. m.	
Información del Prestador:							
Nombre:		E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO				Nit: 890985703	
Codigo:		050880561801		Telefono:			
Direccion:		CL 49B 44-90					
Departamento:		ANTIOQUIA				Codigo 05	
Municipio:		BELLO				Codigo 088	
Entidad a la que se le solicita (Pagador)		COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.				Codigo EPSS42	
DATOS DEL PACIENTE							
LOPEZ				RENTERIA			
1er. Apellido				2do. Apellido			
LUCIANA				ALEJANDRA			
1er. Nombre				2do. Nombre			
Tipo de Documento		RegistroCívil		Número Documento de Identificación		1026167793	
Fecha de Nacimiento		30/03/2025		Edad 0 Años / 1 Meses / 13 Días		Teléfono 3044730447	
Dirección de Residencia		CALLE 113B SUR N 53-151				Ingreso 1259953	
Departamento		ANTIOQUIA				Codigo 05	
Municipio		CALDAS				Codigo 129	
Cobertura en Salud		Subsidiado					
INFORME DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS							
Origen de la Atención		Enfermedad_General_Pediatría		Tipo de Servicio Solicitado		ServiciosSelectivos	
Prioridad de la Atención		Prioritaria					
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización				Hospitalizacion			
Servicio		URGENCIAS PEDIATRICAS NIQUIA		Cama			
Manejo Integral Segun Guia							
890283		1,0		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PEDIATRÍA			
890242		1,0		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR DERMATOLOGIA			
INFORME DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS							
Justificación Clínica		CITA POR PEDIATRIA Y DERMATOLOGIA.					
Impresión Diagnostica		Codigo CIE 10		Descripción			
Diagnostico Principal		L208		OTRAS DERMATITIS ATOPICAS			
Diagnostico relacionado1							
Diagnostico Relacionado2							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA							
Nombre de quien Solicita		DANIELA PEREZ NOVA		Teléfono		(4) 4549000 135	
Cargo o Actividad		PEDIATRIA		Indicativo - Numero -		Ext	
Documento:				Telefono Celular			