

## I. IDENTIFICACIÓN

### 1. Fecha de Realización:

Día	Mes	Año
12	06	2009

### 2. Nombre del Proyecto:

PAGINA WEB VERSIÓN 2009

### 3. Descripción:

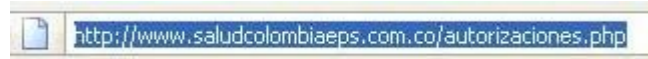
El siguiente manual indica como se deben realizar las autorizaciones de acuerdo a la resolución 3047 de 2008, información que se encuentra cargada en la Página Web Versión 2009 de Salud Colombia EPS, por medio del cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de Salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

A continuación seguir los siguientes pasos:

#### **Paso 1: Ruta del módulo**

La ruta del modulo se encuentra en

**<http://www.saludcolombiaeps.com.co/autorizaciones.php>**



#### **Paso 2: Entrar a la Página Web:**

Se debe tener en cuenta que para entrar a la Página Web se debe utilizar el navegador Mozilla Firefox en cualquiera de sus versiones por compatibilidad con el aplicativo.

De clic en Autorizaciones Resolución 3047 de 2008 como se detalla a continuación:



Dado el caso que no tenga el Mozilla firefox como navegador, puede descargarlo en el enlace "Descargar Mozilla Firefox Versión 1.5.0.4". Si desconoce como se instala de clic en "Manual de instalación Mozilla Firefox"

### Autorizaciones

**Medios Para Solicitar Autorizaciones**

- Correo Electronico [autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co](mailto:autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co)
- Fax **092-5529389** Cali-Valle del Cauca

**Descargar Formatos para Autorizaciones**

- [Informe de Posible Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago](#)
- [Informe de la Atención Inicial de Urgencias](#)
- [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Formato de Negación de Servicios De Salud y/o Medicamentos](#)

**Ingresa Para Solicitar la Autorización En Línea**

**Manual de Autorizaciones** ([Descargar Manual](#))

**Manual de instalación de Mozilla Firefox** ([Descargar Manual](#))

**Descargar Mozilla Firefox version 1.5.0.4** ([Descargar Aquí](#))

- Anexo 1. **Informe De Posibles Inconsistencias En La Base De Datos De La Entidad Responsable Del Pago** ([click aqui](#))
- Anexo 2. **Informe De La Atención Inicial De Urgencias**([click aqui](#))
- Anexo 3. **Solicitud de Autorización de Servicios de Salud**([click aqui](#))

A continuación se detallan los diferentes medios para realizar Solicitud de Autorizaciones de acuerdo a la resolución 3047 de 2008 como lo son:

➤ **Descargar Formatos para Autorizaciones**

➤ **Informe de Posible Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago**

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	
<b>INFORME DE POSIBLES INCONSISTENCIAS EN LA BASE DE DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO</b>	
NUMERO INFORME	Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>	
Nombre	NIT CC Número DV
Código	Dirección prestador:

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
<b>INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS</b>			
NUMERO ATENCION	Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m		
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>			
Nombre	NIT CC Número		
Código	Dirección prestador:		
Teléfono:	Departamento: Municipio:		
indicativo	número		
<b>ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)</b>			
CODIGO:			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<b>Tipo Documento de Identificación</b>			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento	a a a a - m m - d d	
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:	Municipio:		
<b>Cobertura en salud</b>			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro
<b>INFORMACION DE LA ATENCION</b>			
<b>Origen de la atención</b>			
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	Clasificación Triage <input type="checkbox"/> 1. Rojo <input type="checkbox"/> 2. Amarillo <input type="checkbox"/> 3. Verde
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		
<b>Ingreso a Urgencias</b>			
Fecha:	a a a a - m m - d d	Hora:	h h : m m
Paciente Viene Remitido		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite		Código	
Departamento:	Municipio:		
<b>Motivo de consulta:</b>			
<b>Impresión Diagnóstica:</b>			
	Codigo CIE10	Descripción	
Diagnóstico principal			
Diagnóstico relacionado 1			
Diagnóstico relacionado 2			
Diagnóstico relacionado 3			
<b>Destino del Paciente</b>			
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Internación	<input type="checkbox"/> Contrarremisión	
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/> Remisión	<input type="checkbox"/> Otro	
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA</b>			
Nombre de quien informa	Teléfono		
	indicativo	número	extensión
Cargo o actividad:	Teléfono celular:		

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO DE SOLICITUD		Fecha:	Hora:
INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)			
Nombre		NIT	CC
Código		Dirección prestador:	
Teléfono:		Departamento:	
Indicativo		Municipio:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)		CODIGO:	
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido		2do Apellido	
1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación		Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
Fecha de Nacimiento			
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	
Teléfono celular		Correo electrónico	
COBERTURA EN SALUD			
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	
		<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN <input type="checkbox"/> Desplazado	
		<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud <input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS			
Origen de la atención		Tipo de servicios solicitados	
<input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional		<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	
		<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias <input type="checkbox"/> Servicios electivos	
		<input type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No prioritaria	
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:			
<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias		<input type="checkbox"/> Hospitalización Servicio <input type="checkbox"/> Cama	
Manejo integral según Guía de :			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
Justificación Clínica:			
Impresión Diagnóstica:			
Diagnóstico principal	Codigo CIE10	Descripción	
Diagnóstico relacionado 1			
Diagnóstico relacionado 2			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita		Teléfono	
		Indicativo      número      extensión	
Cargo o actividad:		Teléfono celular:	

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
NUMERO AUTORIZACION		Fecha:	Hora:
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		CODIGO:	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		MIT	
Código		cc	Número
Teléfono:		Dirección prestador:	
indicativo	numero	Departamento:	Municipio:
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería			
Fecha de Nacimiento			
Dirección de Residencia Habitual:			
Departamento:		Municipio:	
Teléfono celular		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:			
<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	Cama
<input type="checkbox"/> Urgencias			
Manejo integral según Guía de :			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
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 tickete, bono o vale de pago	
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización			
Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)
<input type="checkbox"/> Copago	<input type="checkbox"/> Cuota moderadora		
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cuota de recuperación		
			Valor máximo (Tope) en pesos
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Teléfono	
Cargo o actividad:		indicativo número extensión	
		Teléfono celular:	

➤ **Formato de Negación de Servicios De Salud y/o Medicamentos**

<b>REPUBLICA DE COLOMBIA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD FORMATO DE NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS</b>					
Nombre de la Administradora IPS o Entidad Territorial				Número <input style="width:100px;" type="text"/>	
FECHA DE SOLICITUD			FECHA DILIGENCIAMIENTO		
DD	<input style="width:30px;" type="text"/>	MM	<input style="width:30px;" type="text"/>	AÑO	<input style="width:30px;" type="text"/>
DD	<input style="width:30px;" type="text"/>	MM	<input style="width:30px;" type="text"/>	AÑO	<input style="width:30px;" type="text"/>
<b>I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO</b>					
1 <sup>ER</sup> Apellido		2 <sup>DO</sup> Apellido (o de casada)		Nombres	
Tipo identificación		No. Documento Identificación		No. Contrato	
Teléfono		Ciudad / Municipio		Departamento	
Tipo de Plan del usuario	POS <input style="width:30px;" type="text"/>	POS-S <input style="width:30px;" type="text"/>	Plan Complementario (PAC) <input style="width:30px;" type="text"/>	Plan Medicina Prepagada <input style="width:30px;" type="text"/>	Población Pobre No cubierta con Subsidio a la Demanda <input style="width:30px;" type="text"/>
Numero de Semanas Cotizadas por el Usuario al SGSSS <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>					
Estado de la Afiliación/Contrato del Usuario		Vigente <input style="width:30px;" type="text"/>	Suspendido <input style="width:30px;" type="text"/>	Retirado <input style="width:30px;" type="text"/>	Sin Aseguramiento <input style="width:30px;" type="text"/>
<b>II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO</b>					
Servicio no Autorizado - Código o Medicamento no Autorizado					
Descripción: Señale el servicio, Procedimiento, Intervención o Medicamento no Autorización.					
Justificación: Indique el Motivo de la negación					
Fundamento Legal: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión.					
<b>III. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES</b>					
1.					
2.					
3.					
4.					
Nombre y Cargo del Funcionario que Niega el Servicio				Firma	

Firma del usuario o de quien recibe

---

➤ **Ingrese para Solicitar la Autorización en Línea**

Como lo indica la parte inferior sombreada, se puede acceder para ingresar cada uno de los anexos correspondiente a Autorizaciones 3047.

## Autorizaciones

### Medios Para Solicitar Autorizaciones

- Correo Electronico [autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co](mailto:autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co)
- Fax **092-5529389** Cali-Valle del Cauca

### Descargar Formatos para Autorizaciones

- [Informe de Posible Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago](#)
- [Informe de la Atención Inicial de Urgencias](#)
- [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Formato de Negación de Servicios De Salud y/o Medicamentos](#)

### Ingrese Para Solicitar la Autorización En Línea

[Manual de Autorizaciones](#) ([Descargar Manual](#))

[Manual de instalación de Mozilla Firefox](#) ([Descargar Manual](#))

[Descargar Mozilla Firefox version 1.5.0.4](#) ([Descargar Aquí](#))

- [Anexo 1. Informe De Posibles Inconsistencias En La Base De Datos De La Entidad Responsable Del Pago \(click aquí\)](#)
- Anexo 2. [Informe De La Atención Inicial De Urgencias\(click aquí\)](#)
- Anexo 3. [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud\(click aquí\)](#)

Si requiere Solicitar el Informe de **Posibles Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago** de (clic aquí) en esa opción donde se desplegará la siguiente pantalla:

**Informe de Presuntas Inconsistencias  
en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago**

Todos Los Campos Con \* Son Obligatorios

Numero *	23	Fecha: *	2009-06-11	Hora: *	16:51
Nombre del Prestador: *	INSTITUCION MEDICO QUIRURGICA IPS LTDA			<input checked="" type="radio"/> NIT	<input type="radio"/> CC 800069411
	<input type="button" value="Consultar"/>				
Codigo: *	1365700019	Dirección	SAN JUAN CALLE 12 # 5-33		
Telefono:	6566096	Departamento	BOLIVAR	Municipio	SAN JUAN NEPOMUCENO
Entidad a la que se le informa(PAGADOR): *	SaludColombia EPS			codigo: *	EPS034
Tipo de Inconsistencia: *	<input type="radio"/> El usuario no existe en la Base de Datos <input checked="" type="radio"/> Los datos de usuario no corresponden con los del documento de identificación presentado.				
DATOS DEL PACIENTE (como aparece en la base de datos)					
Tipo de Identificación: *	Tarjeta de Identidad	Numero de Identificación: *	84090351590	<input type="button" value="Consultar"/>	
1er Apellido: *	CARDONA	2do Apellido:	ARCE	1er Nombre: *	LILIANA
				2do Nombre	PATRICIA
Fecha de Nacimiento	1984-09-03				
Departamento	VALLE	Municipio	ZARZAL		
Cobertura en Salud: *	Regimen Contributivo				
INFORMACION DE LA POSIBLE INCONSISTENCIA					
VARIABLE PRESUNTAMENTE INCORRECTA	DATOS SEGUN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION(fisico)				
<input checked="" type="checkbox"/> Primer Apellido	1er Apellido Narvaez				
<input type="checkbox"/> Segundo Apellido	2do Apellido				
<input checked="" type="checkbox"/> Primer Nombre	1er Nombre MARIA				
<input checked="" type="checkbox"/> Segundo Nombre	2do Nombre Juliana				
<input type="checkbox"/> Tipo de Identificación	Tipo de Identificación Seleccione...				
<input type="checkbox"/> Numero de Identificación	Numero de Identificación				
<input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento	Fecha Nacimiento: *				
Observaciones	Se modifico los nombres y el primer apellido				
INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA					
Nombre: *		Telefono(ind/núm/ext): *			
Cargo o actividad:		Telefono Celular:			
<input type="button" value="Ingresar"/>					

Este formulario se utiliza cuando se requiere realizar modificaciones de la información del paciente.

Para dar inicio al ingreso de datos, se debe tener en cuenta que todos los señalados con asterisco (\*) son de carácter obligatorio. Se debe digitar el número de formulario, puesto que la fecha y la hora la toma del sistema.

Se pueden realizar consultas de acuerdo a:

- Nombre del Prestador
- Nit o Cédula
- Código de la Entidad

Se da clic con el fin de traer lo datos relacionados a la consulta. Seguidamente se indica el tipo de inconsistencia:

- El usuario no existe en la Base de Datos
- Los datos de usuario no corresponden con los del documentos de identificación presentado

Luego de seleccionar cualquiera de las dos opciones, se consulta de acuerdo al Tipo de Identificación y Número de Identificación; se da clic en el botón Consultar con el fin de traer los datos restantes del Paciente como lo son:

- 1er Apellido
- 2do Apellido
- 1er Nombre
- 2do Nombre
- Fecha de Nacimiento
- Departamento
- Municipio
- Cobertura de Salud

Posteriormente se ingresa la información de la posible inconsistencia seleccionando la variable presuntamente incorrecta en la columna de la Izquierda y modificando de acuerdo al soporte físico presentado por el paciente en la columna de la Derecha.

Las variables son:

- 1er Apellido
- 2do Apellido
- 1er Nombre
- 2do Nombre
- Tipo de Identificación
- Número Identificación
- Fecha de Nacimiento

Si se necesita realizar cualquier tipo de observación se describe en el campo de Observaciones; además se debe Ingresar de carácter obligatorio el Nombre y el Teléfono de la persona que reporta la inconsistencia en la base de datos; como adicional se puede escribir el cargo y el celular. Por último se da clic en el botón Ingresar.

Si requiere Solicitar el Anexo 2. **Informe De La Atención Inicial De Urgencias** de (clic aquí) en esa opción como se muestra en la siguiente Pantalla:

## **Autorizaciones**

### **Medios Para Solicitar Autorizaciones**

- Correo Electronico [autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co](mailto:autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co)
- Fax **092-5529389** Cali-Valle del Cauca

### **Descargar Formatos para Autorizaciones**

- [Informe de Posible Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago](#)
- [Informe de la Atención Inicial de Urgencias](#)
- [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Formato de Negación de Servicios De Salud y/o Medicamentos](#)

### **Ingrese Para Solicitar la Autorización En Línea**

**Manual de Autorizaciones** ([Descargar Manual](#))

**Manual de instalación de Mozilla Firefox** ([Descargar Manual](#))

**Descargar Mozilla Firefox version 1.5.0.4** ([Descargar Aquí](#))

- Anexo 1. **Informe De Posibles Inconsistencias En La Base De Datos De La Entidad Responsable Del Pago** ([click aqui](#))
- Anexo 2. **Informe De La Atención Inicial De Urgencias**([click aqui](#))
- Anexo 3. **Solicitud de Autorización de Servicios de Salud**([click aqui](#))

Seguidamente aparecerá toda la información que debe ingresar si necesita realizar un informe detallado de una Atención Inicial de Urgencias.

Para dar inicio al ingreso de datos, se debe tener en cuenta que todos los señalados con asterisco (\*) son de carácter obligatorio. Se debe digitar el número de formulario, puesto que la fecha y la hora la toma del sistema.

Se pueden realizar consultas de acuerdo a:

- Nombre del Prestador
- Nit o Cédula

➤ Código de la Entidad

Seguidamente se debe anotar los Datos del Paciente, digitando el Tipo y Número de Identificación con el fin consultar en la base de datos los datos restantes como lo son:

- 1er Apellido
- 2do Apellido
- 1er Nombre
- 2do Nombre
- Fecha de Nacimiento
- Dirección
- Teléfono
- Departamento
- Municipio
- Cobertura en Salud

En el área de Informe de la Atención se debe especificar el Origen de la Atención que puede ser:

- Enfermedad General
- Enfermedad Profesional
- Accidente de Trabajo
- Accidente de Tránsito
- Evento Catastrófico

En cuanto al campo de Clasificación de Triage:

- 1. Rojo
- 2. Amarillo
- 3. Verde

Luego se debe digitar la Fecha y Hora del Ingreso a Urgencias e indicar si el Paciente viene o no Remitido.

Posteriormente se puede Consultar de acuerdo al Nombre o Código de la entidad prestadora de Servicio de Salud que Remite, para traer los datos de Departamento y Municipio donde se encuentra localizada. Además se debe Digitar el Motivo de consulta que originó la atención Inicial de Urgencias.

A continuación se debe registrar el Código y una breve Descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE10, tanto para el diagnóstico principal como para los relacionados que definió el médico luego de la atención.

Se debe indicar el destino del Paciente que puede ser:

- Domicilio
- Observación
- Internación
- Remisión
- Contrarremisión : En el caso de pacientes remitidos, en los cuales una vez terminada la atención inicial de urgencias, el médico defina que el paciente puede seguir siendo manejado en el prestador remitente.
- Otro: Cuando el paciente es enviado a una entidad no Hospitalaria (Ancianato, Albergue, cárcel, etc).
- 

Si el paciente **no es Remitido**, sólo se llenan los campos de **Motivo de Consulta** y el **Destino del Paciente**.

Se debe indicar el Nombre y Teléfono de la persona que elabora el Informe, y como dato adicional registrar el Cargo o Actividad y el Teléfono Celular.

Por Ultimo de clic en el botón Ingresar para almacenar el formulario en la Base de Datos.

## Informe de la Atención Inicial de Urgencias

Todos Los Campos Con \* Son Obligatorios

Numero *	82	Fecha *	2009-06-04	Hora *	10:41
Nombre Prestador: *	SOCIEDAD CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO			<input type="radio"/> NIT	<input type="radio"/> CC 805023423
Codigo: *	7600102657	Dirección	CL 10 # 33-51		
Telefono:	9268440000	Departamento: *	VALLE	Municipio: *	CALI
Entidad a la que se le informa: *	SaludColombia EPS			codigo: *	EPS034
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
Tipo de Identificación: *	Cedula Ciudadania	Numero de Identificación: *	26761518	Consultar	
1er Apellido: *	DELAHOZ	2do Apellido:	RANGEL	1er Nombre: *	RUTMIRA
2do Nombre					
Fecha Nacimiento: *	1962-12-27	Dirección:	CARRERA 34 # 18-15	Telefono:	
Consultar2					
Departamento:	MAGDALENA	Municipio:	CIENAGA		
Cobertura en Salud: *	Regimen Contributivo				
<b>INFORMACION DE LA ATENCION</b>					
Origen de la Atención: *	Enfermedad General	Clasificación Triage: *	2. Amarillo		
<b>Ingreso a Urgencias</b>					
Fecha: *	2009-06-03	Hora: *	23:20	Paciente Viene Remitido	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Prestador de Servicio de Salud que Remite					

Cobertura en Salud: * Regimen Contributivo					
<b>INFORMACION DE LA ATENCION</b>					
Origen de la Atención: *	Enfermedad General	Clasificación Triage: *	2. Amarillo		
<b>Ingreso a Urgencias</b>					
Fecha: *	2009-06-03	Hora: *	23:20	Paciente Viene Remitido	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Prestador de Servicio de Salud que Remite					
<b>Información de Prestador de Servicio de Salud que Remite</b>					
Nombre: *	INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE S		Codigo: *	0800100500	Consultar
Departamento:	VALLE	Municipio:	BARRANQUILLA		
Motivo de Consulta: *	trauma craneoencefalico				
Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción			
Diagnóstico Principal *	<input checked="" type="checkbox"/>	G709	TRASTORNO NEUROMUSCULAR NO ESPECIFICADO		
Diagnóstico Relacionado1	<input checked="" type="checkbox"/>	A030	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA DYSENTERIAE		
Diagnóstico Relacionado2	<input checked="" type="checkbox"/>	A032	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA BOYDII		
Diagnóstico Relacionado3	<input checked="" type="checkbox"/>	A067	AMEBIASIS CUTANEA		
Destino del Paciente	<input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> Observación <input type="radio"/> Internación <input type="radio"/> Remisión <input type="radio"/> Contrarremisión <input type="radio"/> Otro				
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA</b>					
Nombre: *	Alberto Paredes		Telefono(ind/núm/ext): *	8585858	
Cargo o actividad:			Telefono Celular:		
<input type="button" value="Ingresar"/>					

Cobertura en Salud: * Regimen Contributivo	
INFORMACION DE LA ATENCION	
Origen de la Atención: * Enfermedad General	Clasificación Triage: * 2.Amarillo
Ingreso a Urgencias	
Fecha: * 2009-06-03	Hora: * 23:20
Paciente Viene Remitido: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Prestador de Servicio de Salud que Remite	
Información de Prestador de Servicio de Salud que Remite	
Nombre: * INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE S	Codigo: * 0800100500 <input type="button" value="Consultar"/>
Departamento: VALLE	Municipio: BARRANQUILLA
Motivo de Consulta: * trauma craneoencefalico	
Impresión Diagnostica: Codigo CIE10 Descripción	
Diagnóstico Principal * <input checked="" type="checkbox"/> G709	TRASTORNO NEUROMUSCULAR NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado1 <input checked="" type="checkbox"/> A030	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA DYSENTERIAE
Diagnóstico Relacionado2 <input checked="" type="checkbox"/> A032	SHIGELOSIS DEBIDA A SHIGELLA BOYDII
Diagnóstico Relacionado3 <input checked="" type="checkbox"/> A067	AMEBIASIS CUTANEA
Destino del Paciente	
<input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> Observación <input type="radio"/> Internación <input type="radio"/> Remisión <input type="radio"/> Contrarremisión <input type="radio"/> Otro	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA	
Nombre: * Alberto Paredes	Telefono(ind/núm/ext): * 8585858
Cargo o actividad:	Telefono Celular:
<input type="button" value="Ingresar"/>	

Después de dar clic en Ingresar aparecerá la siguiente pantalla donde se confirma que se ha enviado el formulario vía e-mail a SaludColombia EPS, si desea descargar el formulario, de clic en el logo de PDF.

**[Descargar Pdf]**



**Se envia el Formato a SaludColombia via e-mail**

Si desea Ingresar el Anexo 3. **Solicitud de Autorización de Servicios de Salud** de clic como se muestra en la siguiente pantalla:

## Autorizaciones

### Medios Para Solicitar Autorizaciones

- Correo Electronico [autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co](mailto:autorizaciones@saludcolombiaeps.com.co)
- Fax **092-5529389** Cali-Valle del Cauca

### Descargar Formatos para Autorizaciones

- [Informe de Posible Inconsistencias en la Base de Datos de la Entidad Responsable del Pago](#)
- [Informe de la Atención Inicial de Urgencias](#)
- [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Autorización de Servicios de Salud](#)
- [Formato de Negación de Servicios De Salud y/o Medicamentos](#)

### Ingrese Para Solicitar la Autorización En Línea

[Manual de Autorizaciones](#) ([Descargar Manual](#))

[Manual de instalación de Mozilla Firefox](#) ([Descargar Manual](#))

[Descargar Mozilla Firefox version 1.5.0.4](#) ([Descargar Aquí](#))

- Anexo 1. [Informe De Posibles Inconsistencias En La Base De Datos De La Entidad Responsable Del Pago](#) ([click aqui](#))
- Anexo 2. [Informe De La Atención Inicial De Urgencias](#)([click aqui](#))
- Anexo 3. [Solicitud de Autorización de Servicios de Salud](#)([click aqui](#))

 <b>Solicitud de Autorización de Servicios de Salud</b>			
Todos Los Campos Con * Son Obligatorios			
Numero *	28	Fecha *	2009-06-04
		Hora *	13:49
Nombre Prestador *	POLICLINICA FAMILIAR		<input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> CC 32638544 <input type="button" value="Consultar"/>
Codigo *	0800101383	Dirección	CALLE 47B No. 24-07
	Telefono:	3795486	Departamento: * ATLANTICO
			Municipio: * BARRANQUILLA
Entidad a la que se le informa: *	SaludColombia EPS		codigo: * EPS034
DATOS DEL PACIENTE			
Tipo de Identificación: *	Cedula Ciudadania	Numero de Identificación: *	8772352
			<input type="button" value="Consultar"/>
1er Apellido: *	OROZCO	2do Apellido:	DE LA HOZ
		1er Nombre: *	CIRO
		2do Nombre	JESUS
Fecha Nacimiento: *	1971-08-06	Dirección:	KRA 5B N SGA - 45
	<input type="button" value="Consultar2"/>		Telefono:
Departamento:	ATLANTICO	Municipio:	BARRANQUILLA
Telefono Celular:		Correo Electrónico:	
Cobertura en Salud: *	Regimen Contributivo		
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS			
Origen de la Atención: *	Evento Catastrófico	Tipo de Servicios solicitados: *	Posterior a la atención inicial de urgencias
			Prioridad de la Atención: *
			Prioritaria
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: *	Hospitalización	Servicio:	hospitalización
		Camra:	12

Manejo integral según Guía de: *		
Bajo nivel de hemoglobina		
Código CUPS	Cantidad	Descripción
<input checked="" type="checkbox"/> 10200	1	PUNCIÓN [ASPIRACION DE LÍQUIDO] VENTRICULAR SOD
<input checked="" type="checkbox"/> 10200	1	PUNCIÓN [ASPIRACION DE LÍQUIDO] VENTRICULAR SOD
<input checked="" type="checkbox"/> 10204	1	PUNCIÓN [ASPIRACION DE LÍQUIDO] VENTRICULAR
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
Justificación de la Clínica: *		
Bajo nivel de hemoglobina		
Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal *	<input checked="" type="checkbox"/> A011	FIEBRE PARATIFOIDEA A
Diagnóstico Relacionado1	<input type="checkbox"/>	
Diagnóstico Relacionado2	<input type="checkbox"/>	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA		
Nombre: * Andres Cortez	Telefono(ind/núm/ext): * 5656565	
Cargo o actividad:	Telefono Celular:	
<input type="button" value="Ingresar"/>		

Como se muestra en la pantalla anterior para comenzar el ingreso de datos, se debe tener en cuenta que todos los señalados con asterisco (\*) son de carácter obligatorio. Se debe digitar el número de formulario, puesto que la fecha y la hora la toma del sistema.

Se pueden realizar consultas de acuerdo a:

- Nombre del Prestador
- Nit o Cédula
- Código de la Entidad

Seguidamente se debe anotar los Datos del Paciente, digitando el Tipo y Número de Identificación con el fin consultar en la base de datos los datos restantes como lo son:

- 1er Apellido
- 2do Apellido
- 1er Nombre
- 2do Nombre
- Fecha de Nacimiento

- Dirección
- Teléfono
- Departamento
- Municipio
- Teléfono Celular
- Correo Electrónico
- Cobertura en Salud

Para registrar los datos en el área de Información de la Atención y Servicios Solicitados se debe seleccionar el Origen de la Atención que puede ser:

- Enfermedad General
- Enfermedad Profesional
- Accidente de Trabajo
- Accidente de Tránsito
- Evento Catastrófico

Indicar el tipo de servicios Solicitados:

- Posterior a la Atención Inicial de Urgencias
- Servicios electivos

Seleccionar la Prioridad de la Atención:

- No Prioridad
- Prioridad

Elegir la Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización:

- Consulta Externa
- Hospitalización
- Urgencias

Indicar el tipo de Servicio, el Número de la cama y el Manejo Integral según Guía, se diligencia de acuerdo al servicio requerido por el paciente de acuerdo a la guía de atención concertada con la entidad responsable del pago.

Se deben registrar los códigos (CUPS), la Cantidad y su Respectiva descripción. En el caso que de que se requiera internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifiquen tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad. Digitar en el campo de Justificación una descripción breve del servicio solicitado.

En el área de Impresión Diagnóstica se debe indicar el diagnóstico Principal, el código según la CIE10 y una breve descripción. Si existe un Diagnóstico Relacionado, se debe indicar también.

Por último Digite la Información de la persona que Solicita:

- Nombre
- Teléfono
- Cargo o Actividad
- Teléfono Celular

Y de clic en el botón Ingresar, aparecerá la siguiente pantalla donde se confirma que se ha enviado el formulario vía e-mail a SaludColombia EPS, si desea descargar el formulario, de clic en el logo de PDF.

**[Descargar Pdf]**



**Se envió el Formato a SaludColombia via e-mail**