
 Universidad del Cauca	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA</b>				 UNIDAD DE SALUD <small>Comprometidos con la vida</small>
	PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO				
	Código:	Fecha de Realización:	Fecha de actualización:	Versión:	

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Señores:  
**Unidad de Salud - Universidad del Cauca.**

Por medio de la presente solicito comedidamente a ustedes se sirvan generar autorización previa para las actividades, intervenciones, procedimientos, insumos o medicamentos que se relacionan a continuación:

[Explicación concisa por la cual solicita la Autorización Previa:](#)

**Anexos:** [Según la solicitud, marcar con equis dentro del o los recuadros correspondientes:](#)



1. Historia Clínica que justifique el evento objeto de autorización.

2. Orden Médica de solicitud del evento objeto de autorización.

**Cordialmente,** **VoBo para Reembolso a las Tarifas institucionales (Res.5261/94 Art.14)**

	<b>Observaciones:</b>
--	-----------------------

\_\_\_\_\_  
 Firma del Afiliado Cotizante \_\_\_\_\_  
 Firma del Director o Subdirector Científico

 Universidad del Cauca	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA</b>				 UNIDAD DE SALUD <small>Comprometidos con la vida</small>
	PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO				
	Código:	Fecha de Realización:	Fecha de actualización:	Versión:	

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Señores:  
**Unidad de Salud - Universidad del Cauca.**

Por medio de la presente solicito comedidamente a ustedes se sirvan generar autorización previa para las actividades, intervenciones, procedimientos, insumos o medicamentos que se relacionan a continuación:

[Explicación concisa por la cual solicita la Autorización Previa:](#)

**Anexos:** [Según la solicitud, marcar con equis dentro del o los recuadros correspondientes:](#)

1. Historia Clínica que justifique el evento objeto de autorización.

2. Orden Médica de solicitud del evento objeto de autorización.

**Cordialmente,** **VoBo para Reembolso a las Tarifas institucionales (Res.5261/94 Art.14)**

	<b>Observaciones:</b>
--	-----------------------

\_\_\_\_\_  
 Firma del Afiliado Cotizante \_\_\_\_\_  
 Firma del Director o Subdirector Científico