Nombre completo del auditor:

_____

Número de identificación:

_____

Motivo de la solicitud:

Auditoría de cuentas médicas _____

Auditoría de concurrencia _____

Auditoría de Cuenta de Alto costo _____

Otros _____

_____

EPS/ARL: _____

No. Historias clínicas a consultar: _____

Fecha de la solicitud: _____

_____

Firma

A esta solicitud anexe:

Copia del carné que lo acredite como empleado o contratista de la EAPB y copia de la cédula.

El usuario asignado es personal e intransferible y quien haga mal uso del derecho conferido o de la información a la cual accede, será reportado ante el Ente Territorial o la Entidad Aseguradora responsable del funcionario y, de ser el caso, ante las autoridades competentes.

COPIA CONTROLADA