Validador de usuarios Sanitas





Usuario: 35531972.prest

Salir (/Validador/Derechos/pages/gestion/Validacion/Derechos.seam?cid=80182&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacion/Derechos.xhtml%GeatidnenticaRer/logest)

Consultas

Ayuda

(/ValidadorDerechos/httpn//appencolsanitas.com/demo_validador/)

cid=80182)

Validación

Información usuario

BOHORQUEZ JIMENEZ, LUIS_ALEXANDER Compañía:

Contrato:

Familia:

Servicios

Plan:

30 EPS

416707

Estado:

HABILITADO

CEDULA DE CIUDADANIA

79401132

Número Documento: Teléfono principal:

Tipo Documento:

4109611

Segundo Teléfono:

3144451434

Correo electrónico:

23/07/1966

notiene@hotmail.com

Fecha Nacimiento: Edad:

52 AÑOS

Sexo:

М

Número de Usuario:

10 REGIMEN CONTRIBUTIVO

Registro de Sesiones en Curso

Registro de Inconsistencias

Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:

SSemanas cotizadas a la SGSSS:

639

Usuario compartido:

NCategoría:

PAC - Plan de atención complementaria:

Tipo de documento:

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de documento del Cotizante Títular:

31036768Motivo del estado del usuario:

COBERTURA INTEGRAL

Tipo de afiliado:

SEGUNDO COTIZANTE

IPS Médico IPS Odontológico

Nombre:

PREMISALUD S A IPS QUINTAPAREDESNombre:

PREMISALUD S A IPS QUINTAPAREDES

Dirección:

CL 24D 40-13 PREMISALUD SEDE QUINTA PAREDESDirección:

CL 24D 40-13 PREMISALUD SEDE QUINTA PAREDES

Teléfono:

2087000Teléfono:

2087000

Municipio:

BOGOTA D.C.Municipio:

BOGOTA D.C.

Departamento:

DISTRITO CAPITALDepartamento:

DISTRITO CAPITAL

Alertas

					o	OBERTURA USUARIO
					0	SONOS GAGITNA
		~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	~~~~~~		0	NOTA MODERADOR
	A POR CINCO DIAS	AIAAATI4SOH AIO	)NAT		CIONAL: SERVACION DE TEXTO SIONAL: DX: TRASTORNO DE PEI	OBSERVACIÓN: OB
			******************	NTIFICACIÓN	ESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDE	OBSERVACIÓN: PR
			***************************************			BSERVACIONES
	0 S	ASIATAIUQIS	CIA P	1005453-ESTANG	ADIRTAIUQIEA AIDNAT	002 <del>4</del> 23 ES
Télefono Tipo de Intervención	Cant. UVR	ecripción	pez		noisetee	rg ogibos
						ROCEDIMIENTOS A
	Tipo de Recobro		Ţ	Número de entrega	i e	oibèM neb10 eb oqi
	eiuə		0	eme		ipo de Atención
ENLEKWEDAD GENERAL	negi1O				E335	ostico jagnóstico
				SOIAAJATI9SOHAA	SERVICIOS CLINICOS INT	ervicio
			***************************************		***************************************	IVASS JEG SERVI
			0	OnojèleT	110010918924	nòisatilideh
	~~~~~	~~~~	t	<b>АДИАЯА ЭТИЭ</b> ОЧ ОС	DE URGENCIAS CENTRO MEDIO	
						SEMITENTE
notiene@hotmail.com	Correo electronico	11960	410	Tel. Opcional	119601♭	rel. Residencia
					702 TORRE 1	
DISTRITO CAPITAL	Departamento	.D.G ATO	nna	Ciudad	TORRES DE MODELLA APT	
		A 09U		Nivel de Ingresos	CL 23A BIS 85A - 75	Oirección
		SANAMAS		Antigüedad	SOd	Clase Usuario
FNIS ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ	Nombre	401132		Número		Fecha de Nacimient
					707671 / CC nò	Tipo de Identificacio
					SOIRAUSU SORTSEUN A	SIRVASE PRESTAR
AJAMANIUND	Departamento	I AVITATADAŦ			FLORIDA LOTE EMANUEL	
	4.000.400.00	26983		Ciudad	VEREDA LOS MANZANOS VIA LA	
		33603	LVL	onofeletono	725690215801	/
				IEANTII SAS	MEL INST DE REHAB Y HABILIT IN	······
						SEÑORES:
WATIVIVOVI	nnanio	23/08/2018	БЭİ	Fecha Orden Méd	09099♭9	Teléfono
AVITATADAŦ	bebuiD	SATINASONOF	uọi	Sucursal Radicaci	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Plan
EbS	ogibòO	800251440		JiN	EPS	Producto
		23/08/2018	u	Fecha Notificació	94324378	No Autorización
ab f sįoH	c.	אר פרעאורוו	7 A.	010W77\\0\-		
1 6 5 5 1 1	50	ハエンエハロヨン ヨロ	אור ו	ÒIDASIAOTU <i>A</i>		

ORIGINAL

DE2DE

VALIDO POR 120 Días

Telefono:

Cargo:

Autorizado Por:

09099৮9

PROFESIONAL EN SALUD)

CARLOS ALBERTO OSPINA

23/08/2018

20/12/2018

ATSAH

Recibido