
 GOBIERNO DE COLOMBIA		 MINSALUD		PLAN DE MANEJO		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-10-09 12:10:44	
						Nro. Prescripción 20181009175008458691	
DATOS DEL PRESTADOR							
Departamento: CUNDINAMARCA		Municipio: FACATATIVÁ		Código Habilitación: 252690215801			
Documento de Identificación: 900259421			Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S				
Dirección: VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL			Teléfono: 7433693				
DATOS DEL PACIENTE							
Documento de Identificación: CC1069746649		Primer Apellido: SANCHEZ		Segundo Apellido: SUÁREZ		Primer Nombre: JUAN	
						Segundo Nombre: CARLOS	
Número Historia Clínica: 1069746649		Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATÍPICO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO	
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS							
Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones o Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total	
SUCESIVA	PAÑALES	USAR 4 PAÑALES DIARIOS, TALLA L, TIPO SLIP, PARA UN PERIODO DE 90 DÍAS, SE SOLICITAN PACA POR 30 PAÑALES PARA UN TOTAL DE 4 PACAS AL MES, 12 PACAS PARA 3 MESES.	4	24 HORA(S)	3 MES(ES)	360	
PROFESIONAL TRATANTE							
Documento de Identificación: CC1102819542			Nombre: JAIRO ANDRES GARAY MANRIQUE				
Registro Profesional: 1102819542			Firma CodVer: 3073-FF12-5324-5CFE-3CBE-9314-D88D-9AE1				
Especialidad:							

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.