## **AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Hoja 1 de 1

No Autorización

97458713

Fecha Notificación

29/10/2018

**Producto** 

**EPS** 

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Nit

800251440

Código **EPS** 

Plan

Sucursal Radicación

**FONOSANITAS** 

Ciudad BOGOTA D.C.

Teléfono

6466060

Fecha Orden Médica

29/10/2018

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación Dirección

110012527501

CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2

Teléfono Ciudad

7433693

BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato

833296

Tipo de Identificación

CC 17/11/1946 Número

5327687

Nombre

JAIME LEONEL SOLARTE SALAS

Fecha de Nacimiento

POS

Antigüedad

572 SEMANAS

Clase Usuario Dirección

Nivel de Ingresos Ciudad

GRUPO A BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

Tel. Residencia

CALLE 162 # 16 A - 50 6611408

Tel. Opcional

6611408

Correo electronico

REMITENTE

860035992 FUNDACION CARDIO INFANTIL

Habilitación

110010911101

Teléfono

3078012

**DETALLE DEL SERVICIO** 

Servicio

SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS

Diagnóstico

Tipo de Orden Médica

Tipo de Atención

F328 HOSPITALIZACION

Origen

Tipo de Recobro

ENFERMEDAD GENERAL

Guía Número de entrega 1

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción (	Cant.	UVR Téle	fono Tipo de Interv	ención
1005452	ESTANCIA HOSPITALARIA	1005452-ESTANCIA HOSPITALARIA	5	0		

## **OBSERVACIONES**

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO

INFORMACIÓN ADICIONAL: DX DX OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS SE AUTORIZA ESTANCIA POR CINCO DIAS 29-30-31 DE OCTUBRE 01-02 DE NOVIEMBRE DE 2018 USUARIO COTIZANTE CATEGORIA A

**CUOTA MODERADORA** 

0

**CANTIDAD BONOS COBERTURA USUARIO**  0

Autorizado Por:

EDNA LUCIA ROJAS

6466060

NIVEL 2 (FUNCIONARIO

Cargo: Telefono:

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR

PROFESIONAL EN SALUD)

- DESDE EL

29/10/2018

Recibido

HASTA EL

25/02/2019

ORIGINAL

120 DÍAS





Usuario: 35531972.prest

Consultas Reportes Gestion

Salir (\ValidadorDerechos/pages/gestion\ValidacionDerechos.seam?

 ${\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FValidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FValidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FValidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FyaalidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FyaalidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FyaalidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FyaalidacionDerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionMethod=pages\%2Fgestion\%2FyaalidacionBerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionBerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)} \\ A {\it cid=23832\&actionBerechos.xhtml\%3Aauthenticator.logout)}$ 

(SE8ES=bio  $(\label{lem:combined} \label{lem:combined} \label{lem:combined} \label{lem:combined} \label{lem:combined} (\label{lem:combined} \label{lem:combined} \labe$  Validación

Información usuario

SOLARTE\_SALAS, JAIME\_LEONEL

833296

10 REGIMEN CONTRIBUTIVOContrato:

30 Eb2blan:

Compañía:

1 Número de Usuario:

Familia:

3124670850

HABILITADOTipo Documento:

1Estado:

5327687**Teléfono principal**:

CEDULA DE CIUDADANIAMúmero Documento:

:onofèleT obnuge28041169

17/11/1946**Edad:** 

Fecha Macimiento:

Μ

:oxa**2**SONA 17

Correo electrónico:

Información EPS/MP

Registro de Inconsistencias

Registro de Sesiones en Curso

Servicios

## Información Entidad Promotora De Salud

272

SSemanas cotizadas a la SGSSS:

5327687 Motivo del estado del usuario:

Condición de beneficiario mayor de 18 años:

Α

NCategoría:

Usuario compartido:

Tipo de documento:

PAC - Plan de atención complementaria:

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de documento del Cotizante Títular:

COBERTURA INTEGRAL

**AAJUTIT** 

Tipo de afiliado:

**IPS Médico** 

PS Odontológico

MARYEP S A CLINICA LA CASTELLANA

UAP TOBERINNombre:

Nombre:

CK 47 95 14

CR 21 166 - 34Dirección:

Dirección: