

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	98701601	Fecha Notificación	26/11/2018	
Producto	EPS	Nit	800251440	Código EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad FACATATIVA
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	26/11/2018	

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST DE REHAB Y HABILIT INFANTIL SAS

Habilitación	252690215801	Teléfono	7433693	
Dirección	VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL	Ciudad	FACATATIVA	Departamento CUNDINAMARCA

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	1325101			
Tipo de Identificación	CC *	Número	53008193	Nombre PATRICIA DEL ROSARIO JARAMILLO
Fecha de Nacimiento	01/08/1983	Antigüedad	252 SEMANAS	
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A	
Dirección	DIAGONAL 32 C BIS # 1 - 48 ESTE	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia		Tel. Opcional		Correo electronico pjaramillo@ifes.go.co

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

Habilitación	110010918654	Teléfono	0
--------------	--------------	----------	---

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F332	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Cama	0
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		Guía	
		Tipo de Recobro	

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	5	0		

OBSERVACIONES

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

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: CONSUMO DE THC S/A ESTANCIA HOSPITALARIA PRO CINCO DÍAS

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
COBERTURA USUARIO	

Autorizado Por:	CARLOS ALBERTO OSPINA DOMINGUEZ
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono:	6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	26/11/2018	HASTA EL	25/03/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

ORIGINAL

Usuario: 35531972.prest

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

Gestion

Reportes

Consultas

cid=140975&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Ayuda

Ver Demo

(/ValidadorDerechos/http://www.sanitas.com/demo_validador/)

cid=140975)

Validación

Información usuario

JARAMILLO_,PATRICIA_DEL ROSARIO

Compañía: 30 EPS**Plan:** 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO**Contrato:** 1325101

Familia: 1**Número de Usuario:** 1**Estado:** **HABILITADO****Tipo Documento:**

CEDULA DE CIUDADANIA**Número Documento:** 53008193**Teléfono principal:** **Segundo Teléfono:**

Correo electrónico: pjaramillo@ifes.go.co**Fecha Nacimiento:** 01/08/1983**Edad:** 35 AÑOS

Sexo:

F

Servicios

Registro de Sesiones en Curso

Registro de Inconsistencias

Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años: S**Semanas cotizadas a la SGSSS:** 252

Usuario compartido: N**Categoría:** A

PAC - Plan de atención complementaria: Tipo de documento:
CEDULA DE CIUDADANIA

Número de documento del Cotizante Titular: 53008193**Motivo del estado del usuario:**
COBERTURA INTEGRAL

Tipo de afiliado: TITULAR

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre: EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100**Nombre:**
DENTISALUD RESTREPO GRUPO EMPRESARIAL SEVILLA SAS