

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización 94244691 Fecha Notificación 21/08/2018
 Producto EPS Nit 800251440 Código EPS
 Plan REGIMEN CONTRIBUTIVO Sucursal Radicación FONOSANITAS Ciudad BOGOTA D.C.
 Teléfono 6466060 Fecha Orden Médica 21/08/2018

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAS Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación 110012527501 Teléfono 7433693
 Dirección CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2 Ciudad BOGOTA D.C. Departamento DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 1802407
 Tipo de Identificación TI Número 1002330544 Nombre JUAN DIEGO SOSA RODRIGUEZ
 Fecha de Nacimiento 04/03/2002 Antigüedad 4 SEMANAS
 Clase Usuario POS Nivel de Ingresos GRUPO A
 Dirección CALLE 34 # 22 - 46 APTO 204 Ciudad BUCARAMANGA Departamento SANTANDER
 Tel. Residencia Tel. Opcional Correo electronico

REMITENTE

891800231 E S E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Habilitación 150010038701 Teléfono 7405030

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS
 Diagnóstico F929 Origen ENFERMEDAD GENERAL
 Tipo de Atención HOSPITALIZACION Cama
 Tipo de Orden Médica Número de entrega 1 Tipo de Recobro

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

| código | Prestación | Descripción | Cant. | UVR | Télefono | Tipo de Intervención |
|---------|-----------------------|-------------------------------|-------|-----|----------|----------------------|
| 1005452 | ESTANCIA HOSPITALARIA | 1005452-ESTANCIA HOSPITALARIA | 5 | 0 | | |

OBSERVACIONES

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

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO

INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO A

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO

INFORMACIÓN ADICIONAL: DX TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES, NO ESPECIFICADO // SE AUTORIZA ESTANCIA EN PISO POR 5 DIAS.

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: KAREN LORENA DUARTE
 ARBELAEZ
 Cargo: NIVEL 4 (FUNCIONARIO
 PROFESIONAL EN SALUD)
 Teléfono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días DESDE 21/08/2018 HASTA 18/12/2018
 ORIGINAL

Validación

| Información usuario | |
|----------------------------|---------------------------|
| SOSA RODRIGUEZ, JUAN DIEGO | |
| Compañía: | 30 EPS |
| Plan: | 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO |
| Contrato: | 1802407 |
| Familia: | 1 |
| Número de Usuario: | 4 |
| Estado: | HABILITADO |
| Tipo Documento: | TARJETA DE IDENTIFICACION |
| Número Documento: | 1002330544 |
| Teléfono principal: | |
| Segundo Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |
| Fecha Nacimiento: | 04/03/2002 |
| Edad: | 16 AÑOS |
| Sexo: | M |

Registros de Sesiones en Curso

Registro de Inconsistencias

Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

| | | | |
|---|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| Condición de beneficiario mayor de 18 años: | N | Semanas cotizadas a la SGSSS: | 4 |
| Usuario compartido: | N | Categoría: | A |
| PAC - Plan de atención complementaria: | Tipo de documento: | CEDULA DE CIUDADANIA | COBERTURA INTEGRAL |
| Número de documento del Cotizante Titular: | 40040460 | Motivo del estado del usuario: | |
| Tipo de afiliado: | BENEFICIARIO | | |

IPS Médico
IPS Odontológico

| | | | |
|---------------|---|---------------|--|
| Nombre: | UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA BUCARAMANGA | Nombre: | CENTRO RADIOD ORAL Y MAXILOFACIAL LTDA |
| Dirección: | CR 33 54-19 UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA BUCARAMANGA | Dirección: | CL 50 11-41 |
| Teléfono: | 6851054 | Teléfono: | 6223022 |
| Municipio: | BUCHARAMANGA | Municipio: | BARRANCABERMEJA |
| Departamento: | SANTANDER | Departamento: | SANTANDER |

Alertas

NORMAL