

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	99548756	Fecha Notificación	13/12/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	13/12/2018		

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB 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	3595830				
Tipo de Identificación	TI	Número	1000591772	Nombre	JULIANA PARRA CABEZAS
Fecha de Nacimiento	15/01/2002	Antigüedad	34 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO B		
Dirección	CLL 66 8 27 BL 14 AP 303	Ciudad	TUNJA	Departamento	BOYACA
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	F412	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	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: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 17,3% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO BOBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX DEPRESION SE AUTORIZA HOSPITALIZACION F.I. 14/12/2018 BENEFICIARIO GRUPO B (WILDER CURREA)

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: PAOLA ANDREA ALFONSO
CASTRO
Cargo: NIVEL 4 (FUNCIONARIO
PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono: 6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	13/12/2018	HASTA EL	11/04/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

ORIGINAL

Usuario: 35531972.prest

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

Gestion

Reportes

Consultas

cid=129183&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

Ayuda

Ver Demo

(/ValidadorDerechos/http://app01sanitas.com/demo_validador/
cid=129183)

Validación

Información usuario

PARRA_CABEZAS,JULIANA_

Compañía: 30 EPSPlan: 10 REGIMEN CONTRIBUTIVOContrato: 3595830
Familia: 1Número de Usuario: 3Estado: **HABILITADO**Tipo Documento:
TARJETA DE IDENTIFICACIONNúmero Documento: 1000591772Teléfono principal: Segundo Teléfono:
Correo electrónico: Fecha Nacimiento: 15/01/2002Edad: 16 AÑOSSexo: 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: NSemanas cotizadas a la SGSSS: 34

Usuario compartido: NCategoría: **B**

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

Número de documento del Cotizante Titular: 93381428Motivo del estado del usuario:
COBERTURA INTEGRAL

Tipo de afiliado: **BENEFICIARIO**

IPS Médico

IPS Odontológico

Nombre: SALUD VITAL INTEGRAL SEDE TUNJANombre:
CLINICA ODONTOLOGICA ESPEC DX ORAL EU

