

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	96858169	Fecha Notificación	17/10/2018	Código	EPS
Producto	EPS	Nit	800251440	Ciudad	BOGOTA D.C.
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS		
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	17/10/2018		

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

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

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	1684044	Número	1032462453	Nombre	MIGUEL ANGEL ORTIZ TORRES
Tipo de Identificación	CC	Antigüedad	141 SEMANAS		
Fecha de Nacimiento	23/02/1994	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Clase Usuario	POS	Ciudad	FUNZA	Departamento	CUNDINAMARCA
Dirección	CALLE 17 A # 14 - 30 MZ F CASA 38				
Tel. Residencia	8262672	Tel. Opcional	8262672	Correo electronico	sincorreos@aportesonlinea.com

## REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

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

## DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Diagnóstico	F200	Guía	
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
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 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE /// SE AUTORIZA 5 DÍAS DE ESTANCIA PSIQUIÁTRICA /// FI 17/10/2018// COTIZANTE CATEGORÍA A

## CUOTA MODERADORA

## CANTIDAD BONOS

## COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: Jeimy Julieth Jimenez Sierra  
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)  
Telefono: 6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	17/10/2018	HASTA EL	13/02/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

ORIGINAL



Usuario: 35531972.prest

Salir (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=153833&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout)

AyudaVer Demo

(/ValidadorDerechos/http://sanitas.com/demo\_validador/cid=153833)

GestionReportesConsultas

Validación

Información usuario

ORTIZ\_TORRES,MIGUEL\_ANGEL

Compañía:30 EPSPlan:10 REGIMEN CONTRIBUTIVOContrato:1684044

Familia:1Número de Usuario:1Estado:HABILITADOTipo Documento:

CEDULA DE CIUDADANIANúmero Documento:1032462453Teléfono principal:8262672Segundo Teléfono:

Correo electrónico:sincorreo@aportesenlinea.comFecha Nacimiento:23/02/1994Edad:24 AÑOS

Sexo:M

- Servicios
- Registro de Sesiones en Curso
- Registro de Inconsistencias
- Información EPS/MP

Información Entidad Promotora De Salud

Condición de beneficiario mayor de 18 años:SSemanas cotizadas a la SGSSS:322

Usuario compartido:NCategoría:A

PAC - Plan de atención complementaria:Tipo de documento:

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de documento del Cotizante Titular:1032462453Motivo del estado del usuario:

COBERTURA INTEGRAL

Tipo de afiliado:TITULAR

IPS Médico  
IPS Odontológico

Nombre:EPS SANITAS CENTRO MEDICO TEUSAQUILLONombre:

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.462.453

ORTIZ TORRES

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

23-FEB-1994

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

13-MAR-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-1500150-00900201-M-1032462453-20170425

0055122671A 1

9999736029

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.727.869  
ORTIZ TORRES

APELLIDOS  
MARIA STELLA

NOMBRES

*[Signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1964

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

A+

G.S. RH

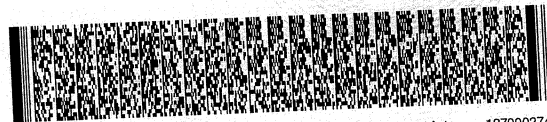
F

SEXO

15-NOV-1982 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00019904-F-0051727869-20080705

0000797601A 1

1870002748