

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

|                 |                      |                     |             |        |             |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|
| No Autorización | 96074544             | Fecha Notificación  | 29/09/2018  |        |             |
| Producto        | EPS                  | Nit                 | 800251440   | Código | EPS         |
| Plan            | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FONOSANITAS | Ciudad | BOGOTA D.C. |
| Teléfono        | 6466060              | Fecha Orden Médica  | 29/09/2018  |        |             |

## 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               | 337245                  |                   |             |                    |                               |
| Tipo de Identificación | CC                      | Número            | 22081502    | Nombre             | BERTA INES RAMIREZ DE ZULUAGA |
| Fecha de Nacimiento    | 26/01/1952              | Antigüedad        | 626 SEMANAS |                    |                               |
| Clase Usuario          | CRUCE                   | Nivel de Ingresos | GRUPO A     |                    |                               |
| Dirección              | CARRERA 31 A # 4 A - 71 | Ciudad            | BOGOTA D.C. | Departamento       | DISTRITO CAPITAL              |
| Tel. Residencia        | 2775746                 | Tel. Opcional     | 2775746     | Correo electronico |                               |

## REMITENTE

900149384 CLINICA REINA SOFIA

|              |              |          |         |
|--------------|--------------|----------|---------|
| Habilitación | 110010918608 | Teléfono | 7436767 |
|--------------|--------------|----------|---------|

## DETALLE DEL SERVICIO

|                      |                                       |                   |                    |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|
| Servicio             | SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS |                   |                    |
| Diagnóstico          | F316                                  | Origen            | ENFERMEDAD GENERAL |
| Tipo de Atención     | HOSPITALIZACION                       | Guía              |                    |
| 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: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO AOBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: 1. EPISODIO PSICOTICO AGUDO, 2. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR MIXTO\*\*\*SE AUTORIZA ESTANCIA EN USM POR 5 DIAS\*\*\*FI 29/09/18

COTIZACIÓN MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: LEYDI VIVIANA ALBA GUIO  
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)  
Telefono: 6466060

Recibido

|                                 |          |            |            |          |            |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|
| VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR | 120 DÍAS | - DESDE EL | 29/09/2018 | HASTA EL | 26/01/2019 |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|

ORIGINAL



Usuario: 35531972.prest

[Salir \(/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=19684&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%2Fautenticar%2Flogout\)](#) Consultas[Ayuda](#) [Ver Demo \(/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=19684\)](#)

## Validación

## Información usuario

RAMIREZ\_DE ZULUAGA,BERTA\_INES

|                         |        |                     |                      |                     |            |
|-------------------------|--------|---------------------|----------------------|---------------------|------------|
| Compañía:               | 30 EPS | Estado:             | HABILITADO           | Correo electrónico: |            |
| Plan:                   |        | Tipo Documento:     | CEDULA DE CIUDADANIA | Fecha Nacimiento:   | 26/01/1952 |
| 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO |        | Número Documento:   | 22081502             | Edad:               | 66 AÑOS    |
| Contrato:               | 337245 | Teléfono principal: | 2775746              | Sexo:               | F          |
| Familia:                | 1      | Segundo Teléfono:   |                      |                     |            |
| Número de Usuario:      | 3      |                     |                      |                     |            |

[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:         | 626                  |
| Usuario compartido:                         | SCategoría:                            | A                    |
| PAC - Plan de atención complementaria:      | Tipo de documento:                     | CEDULA DE CIUDADANIA |
| Número de documento del Cotizante Titular:  | 70696182Motivo del estado del usuario: | COBERTURA INTEGRAL   |
| Tipo de afiliado:                           | BENEFICIARIO                           |                      |

## IPS Médico

## IPS Odontológico

|               |                         |               |                          |
|---------------|-------------------------|---------------|--------------------------|
| Nombre:       | LIBRE ELECCION MEDICINA | Nombre:       | ODONTOSANITAS LA SOLEDAD |
| Dirección:    | BOGOTA                  | Dirección:    | CR 21 40 77              |
| Teléfono:     | 7428383                 | Teléfono:     | 7436767                  |
| Municipio:    | BOGOTA D.C.             | Municipio:    | BOGOTA D.C.              |
| Departamento: | DISTRITO CAPITAL        | Departamento: | DISTRITO CAPITAL         |

## Alertas

NORMAL