

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	96766070	Fecha Notificación	15/10/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	15/10/2018		

## 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	813776				
Tipo de Identificación	CC	Número	80204867	Nombre	CAMILO ANDRES AREVALO AREVALO
Fecha de Nacimiento	02/04/1984	Antigüedad	449 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	calle138 58d 01 barrio colina	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia	3534555	Tel. Opcional	3534555	Correo electronico	elsa.are@gmail.com

## REMITENTE

900188194 CLINICA CAMPO ABIERTO OSI SAS

Habilitación	110011809001	Teléfono	8054293
--------------	--------------	----------	---------

## DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F123	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: DX TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: ESTADO DE ABSTINENCIA  
// SE AUTORIZA 5 DIAS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA /// FI 15/10/2018// TITULAR CATEGORIA A

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
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	15/10/2018	HASTA EL	11/02/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

ORIGINAL

**Usuario:** 35531972.prest[Salir \(/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?](#)[Gestion](#)[Reportes](#)[Consultas](#)[cid=130896&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Aauthenticator.logout\)](#)[Ayuda](#)[Ver Demo](#)[\(/ValidadorDerechos/http://appc01sanitas.com/demo\\_validador/\)](#)  
[cid=130896\)](#)

## Validación

### Información usuario

**AREVALO\_AREVALO,CAMILO\_ANDRES**

<b>Compañía:</b>	30 EPS	<b>Plan:</b>	10 REGIMEN CONTRIBUTIVO	<b>Contrato:</b>	813776
<b>Familia:</b>	1	<b>Número de Usuario:</b>	1	<b>Estado:</b>	HABILITADO
<b>Tipo Documento:</b>	CEDULA DE CIUDADANIA				
<b>Número Documento:</b>	80204867	<b>Teléfono principal:</b>	3534555	<b>Segundo Teléfono:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	elsa.are@gmail.com	<b>Fecha Nacimiento:</b>	02/04/1984	<b>Edad:</b>	34 AÑOS
<b>Sexo:</b>	M				

[Servicios](#)[Registro de Sesiones en Curso](#)[Registro de Inconsistencias](#)[Información EPS/MP](#)

### Información Entidad Promotora De Salud

<b>Condición de beneficiario mayor de 18 años:</b>	SS	<b>Semanas cotizadas a la SGSSS:</b>	449
--	----	--------------------------------------	-----

<b>Usuario compartido:</b>	N	<b>Categoría:</b>	A
----------------------------	---	-------------------	---

<b>PAC - Plan de atención complementaria:</b>	<b>Tipo de documento:</b>
CEDULA DE CIUDADANIA	

<b>Número de documento del Cotizante Titular:</b>	80204867	<b>Motivo del estado del usuario:</b>
COBERTURA INTEGRAL		

<b>Tipo de afiliado:</b>	TITULAR
--------------------------	---------

**IPS Médico****IPS Odontológico**