


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.638.013**

PARDO TARACHE
APELLIDOS

LIANA MARLYN
NOMBRES

LIANA MARLYN PARDO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-ENE-1994**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-MAR-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

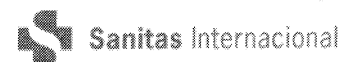
Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00375103-F-1030638013-20120511 0029855598A 1 38222166

REPUBLICA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Usuario: 35531972.prest

Salir (/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=51392&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Fautenticacion=gest) Consultas

Ayuda Ver Demo
(/ValidadorDerechos/pages/gestion/ValidacionDerechos.seam?cid=51392&actionMethod=pages%2Fgestion%2FValidacionDerechos.xhtml%3Fautenticacion=gest)

Validación

Información usuario

GONZALEZ_PARDO,NIKOL_DAYANNA

| | | | | | |
|-------------------------|---------|---------------------------|------------|---------------------|------------|
| Compañía: | 30 EPS | Estado: | HABILITADO | Correo electrónico: | |
| Plan: | | Tipo Documento: | | Fecha Nacimiento: | 29/05/2004 |
| 10 REGIMEN CONTRIBUTIVO | | TARJETA DE IDENTIFICACION | | Edad: | 14 AÑOS |
| Contrato: | 3426145 | Número Documento: | 1023364499 | Sexo: | F |
| Familia: | 1 | Teléfono principal: | | | |
| Número de Usuario: | 2 | Segundo Teléfono: | 3023604282 | | |

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: | 60 |
| Usuario compartido: | N Categoría: | A |
| PAC - Plan de atención complementaria: | Tipo de documento: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| Número de documento del Cotizante Titular: | 51915327Motivo del estado del usuario: | COBERTURA INTEGRAL |
| Tipo de afiliado: | BENEFICIARIO | |

IPS Médico

IPS Odontológico

| | | | |
|---------------|---|---------------|--------------------------------|
| Nombre: | EPS SANITAS CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100 | Nombre: | ODONTOSANITAS CLINICA COLOMBIA |
| Dirección: | AVCL 13 65-21 LOCAL 100 CENTO COMERCIAL ZONA IN | Dirección: | CL 22B 66 46 PISO 5 |
| Teléfono: | 7428383 | Teléfono: | 7436767 |
| Municipio: | BOGOTA D.C. | Municipio: | BOGOTA D.C. |
| Departamento: | DISTRITO CAPITAL | Departamento: | DISTRITO CAPITAL |

Alertas

NORMAL

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|------------|
| No Autorización | 96213762 | Fecha Notificación | 03/10/2018 | | |
| Producto | EPS | Nit | 800251440 | Código | EPS |
| Plan | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FONOSANITAS | Ciudad | FACATATIVA |
| Teléfono | 6466060 | Fecha Orden Médica | 03/10/2018 | | |

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST DE REHAB Y HABILIT INFANTIL SAS

| | | | | | |
|--------------|--|----------|------------|--------------|--------------|
| Habilitación | 252690215801 | Teléfono | 7433693 | | |
| Dirección | VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL | Ciudad | FACATATIVA | Departamento | CUNDINAMARCA |

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

| | | | | | |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------|--------------------|------------------------------|
| Contrato | 3426145 | | | | |
| Tipo de Identificación | TI | Número | 1023364499 | Nombre | NIKOL DAYANNA GONZALEZ PARDO |
| Fecha de Nacimiento | 29/05/2004 | Antigüedad | 60 SEMANAS | | |
| Clase Usuario | POS | Nivel de Ingresos | GRUPO A | | |
| Dirección | CLLE 58 P #78C-25 | Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | DISTRITO CAPITAL |
| Tel. Residencia | | Tel. Opcional | | Correo electronico | |

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

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

DETALLE DEL SERVICIO

| | | | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------|---|-----------------|-----------------------------|
| Servicio | SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS | | | | |
| Diagnóstico | F323 | | | Origen | AUTORIZACION OTRO PRESTADOR |
| Tipo de Atención | HOSPITALIZACION | Cama | | 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 | | |

OBSERVACIONESOBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE...SE AUTORIZA ESTANCIA HX POR 5 DIAS....FI:03/10/2018

| | |
|-------------------|---|
| CUOTA MODERADORA | 0 |
| CANTIDAD BONOS | 0 |
| COBERTURA USUARIO | |

| | |
|-----------------|---|
| Autorizado Por: | Carlos Andres Rodriguez Moreno |
| Cargo: | NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD) |
| Telefono: | 6466060 |

Recibido

| | | | | | |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|
| VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR | 120 DÍAS | - DESDE EL | 03/10/2018 | HASTA EL | 30/01/2019 |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|

ORIGINAL