

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|
| No Autorización | 90188328 | Fecha Notificación | 09/05/2018 | | |
| Producto | EPS | Nit | 800251440 | Código | EPS |
| Plan | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FONOSANITAS | Ciudad | BOGOTA D.C. |
| Teléfono | 6466060 | Fecha Orden Médica | 09/05/2018 | | |

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 | 3257598 | | | | |
| Tipo de Identificación | CC | Número | 1031144211 | Nombre | JAISON RICARDO TELLEZ ACOSTA |
| Fecha de Nacimiento | 05/02/1993 | Antigüedad | 26 SEMANAS | | |
| Clase Usuario | POS | Nivel de Ingresos | GRUPO A | | |
| Dirección | TV 25 A 48 5 SUR | Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | DISTRITO CAPITAL |
| Tel. Residencia | | Tel. Opcional | | Correo electronico | |

REMITENTE

860024766 E S E HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES

| | | | |
|--------------|--------------|----------|---------|
| Habilitación | 251830002501 | Teléfono | 8562223 |
|--------------|--------------|----------|---------|

DETALLE DEL SERVICIO

| | | | |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|
| Servicio | SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS | | |
| Diagnóstico | F200 | 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: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE // S/A CINCO DÍAS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

| | |
|-----------------|--|
| Autorizado Por: | KAREN LORENA DUARTE ARBELAEZ |
| Cargo: | NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD) |
| Telefono: | 6466060 |

Recibido

| | | | | | |
|------------|----------|-------|------------|-------|------------|
| VALIDO POR | 120 Días | DESDE | 09/05/2018 | HASTA | 05/09/2018 |
|------------|----------|-------|------------|-------|------------|

ORIGINAL