

# AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

**No Autorización** 90320778 **Fecha Notificación** 13/05/2018  
**Producto** EPS **Nit** 800251440 **Código** EPS  
**Plan** REGIMEN CONTRIBUTIVO **Sucursal Radicación** FONOSANITAS **Ciudad** BOGOTA D.C.  
**Teléfono** 6466060 **Fecha Orden Médica** 13/05/2018

## 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** 2019788  
**Tipo de Identificación** CC **Número** 1047465376 **Nombre** JUAN CAMILO GUARIN BEDOYA  
**Fecha de Nacimiento** 05/11/1993 **Antigüedad** 17 SEMANAS  
**Clase Usuario** POS **Nivel de Ingresos** GRUPO A  
**Dirección** CALLE 73 N. 113 A 36 **Ciudad** BOGOTA D.C. **Departamento** DISTRITO CAPITAL  
**Tel. Residencia** **Tel. Opcional** **Correo electronico**

## REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

**Habilitación** 110010918630 **Teléfono** 7436767

## DETALLE DEL SERVICIO

**Servicio** SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS  
**Diagnóstico** F412 **Origen** ENFERMEDAD GENERAL  
**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
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: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION // S/A CINCO DIAS 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 13/05/2018 HASTA 09/09/2018

ORIGINAL