

# AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	93708461	<b>Fecha Notificación</b>	07/08/2018		
<b>Producto</b>	EPS	<b>Nit</b>	800251440	<b>Código</b>	EPS
<b>Plan</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO	<b>Sucursal Radicación</b>	FONOSANITAS	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.
<b>Teléfono</b>	6466060	<b>Fecha Orden Médica</b>	07/08/2018		

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

<b>Habilitación</b>	110012527501	<b>Teléfono</b>	7433693		
<b>Dirección</b>	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

<b>Contrato</b>	660258				
<b>Tipo de Identificación</b>	TI	<b>Número</b>	1000470030	<b>Nombre</b>	MARIA PAULA GARZON IZQUIERDO
<b>Fecha de Nacimiento</b>	23/03/2002	<b>Antigüedad</b>	430 SEMANAS		
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A		
<b>Dirección</b>	CALLE 4 B # 23 A - 28 INT 2 APT 505 EL PROGRESO	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Tel. Residencia</b>	3606854	<b>Tel. Opcional</b>	3606854	<b>Correo electronico</b>	marsam4158@hotmail.com

## REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

<b>Habilitación</b>	110010918630	<b>Teléfono</b>	7436767
---------------------	--------------	-----------------	---------

## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
<b>Diagnóstico</b>	F322	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Tipo de Atención</b>	HOSPITALIZACION	<b>Guía</b>	
<b>Tipo de Orden Médica</b>		<b>Número de entrega</b>	1
		<b>Tipo de Recobro</b>	

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	5	0		

## OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNE 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 A

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICÓTICOS // SE AUTORIZA ESTANCIA 5 DIAS //

<b>CUOTA MODERADORA</b>	0
<b>CANTIDAD BONOS</b>	0
<b>COBERTURA USUARIO</b>	

<b>Autorizado Por:</b>	NORMA CONSTANZA BURBANO
<b>Cargo:</b>	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
<b>Teléfono:</b>	6466060

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	07/08/2018	HASTA	04/12/2018
------------	----------	-------	------------	-------	------------

ORIGINAL

