

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	92081427	Fecha Notificación	27/06/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	27/06/2018		

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	1820796				
Tipo de Identificación	CC	Número	52369876	Nombre	LUZ DARY CORTES BOHORQUEZ
Fecha de Nacimiento	06/06/1977	Antigüedad	103 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO B		
Dirección	CALLE 36 # 77 - 33	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia	7564519	Tel. Opcional	7564519	Correo electronico	

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

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

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F209	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Cama	0
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 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA ; S/A ESTANCIA PSIQUIATRIA CINCO DIAS ; FI 27/06/2018 AUTORIZADO POR YINETH BARAHONA**CUOTA MODERADORA** 0**CANTIDAD BONOS** 0**COBERTURA USUARIO**

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

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	27/06/2018	HASTA	24/10/2018
------------	----------	-------	------------	-------	------------

ORIGINAL