

# AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	92243841	<b>Fecha Notificación</b>	02/07/2018		
<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>	02/07/2018		

## 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>	1226990				
<b>Tipo de Identificación</b>	TI	<b>Número</b>	1000733895	<b>Nombre</b>	MARIA ALEJANDRA PEREZ INFANTE
<b>Fecha de Nacimiento</b>	23/08/2001	<b>Antigüedad</b>	281 SEMANAS		
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A		
<b>Dirección</b>	CARRERA 20 C # 64 - 96 SUR	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Tel. Residencia</b>	3114856722	<b>Tel. Opcional</b>	3114856722	<b>Correo electronico</b>	

## REMITENTE

860015888 HOSPITAL UNIVERSITARIOCLINICA SAN RAFAEL

<b>Habilitación</b>	110010566801	<b>Teléfono</b>	3289950
---------------------	--------------	-----------------	---------

## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
<b>Diagnóstico</b>	F29X	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Tipo de Atención</b>	HOSPITALIZACION	<b>Cama</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 CARNÉ 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 PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA // SE AUTORIZAN 5 DIAS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA /// FI 02/07/2018 /// BENEFICIARIO CATEGORIA A

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

Autorizado Por:	Jeimy Julieth Jimenez Sierra
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Teléfono:	6466060

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	02/07/2018	HASTA	29/10/2018
------------	----------	-------	------------	-------	------------

ORIGINAL