

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|
| No Autorización | 97330837 | Fecha Notificación | 26/10/2018 | | |
| Producto | EPS | Nit | 800251440 | Código | EPS |
| Plan | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FONOSANITAS | Ciudad | BOGOTA D.C. |
| Teléfono | 6466060 | Fecha Orden Médica | 26/10/2018 | | |

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 | 1171757 | Número | 52713030 | Nombre | TERESA MORALES ROZO |
| Tipo de Identificación | CC | Antigüedad | 341 SEMANAS | | |
| Fecha de Nacimiento | 19/05/1981 | Nivel de Ingresos | GRUPO A | | |
| Clase Usuario | POS | Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | calle 48 #14-39 apt 203 | Tel. Opcional | 3200113 | Correo electronico | tmoralesprensa@gmail.com |
| Tel. Residencia | 3200113 | | | | |

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

| | | | |
|--------------|--------------|----------|---------|
| Habilitación | 110010918630 | Teléfono | 7436767 |
|--------------|--------------|----------|---------|

DETALLE DEL SERVICIO

| | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| Servicio | SALUD MENTAL | Origen | ENFERMEDAD GENERAL |
| Diagnóstico | F317 | Gula | |
| Tipo de Atención | HOSPITALIZACION | Número de entrega | 1 |
| Tipo de Orden Médica | | 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 AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISIÓN S/A CINCO DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
..... TITULAR CAT A.

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: HAIDIVY MARCELA SIERRA
CAMACHO
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO
PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono: 6466060

Recibido

| | | | | | |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|
| VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR | 120 DÍAS | - DESDE EL | 26/10/2018 | HASTA EL | 22/02/2019 |
|---------------------------------|----------|------------|------------|----------|------------|

ORIGINAL