

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	96215522	<b>Fecha Notificación</b>	03/10/2018	<b>Código</b>	EPS
<b>Producto</b>	EPS	<b>Nit</b>	800251440	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.
<b>Plan</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO	<b>Sucursal Radicación</b>	OF CLINICA PALERMO		
<b>Teléfono</b>	6466060	<b>Fecha Orden Médica</b>	03/10/2018		

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

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

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

<b>Contrato</b>	3503172	<b>Número</b>	1001059146	<b>Nombre</b>	EMERSON LUCUMI GOMEZ
<b>Tipo de Identificación</b>	TI	<b>Antigüedad</b>	99 SEMANAS		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	06/01/2002	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Correo electrónico</b>	
<b>Dirección</b>	CALLE 71 SUR # 104 - 41	<b>Tel. Opcional</b>	3124943319		
<b>Tel. Residencia</b>					

## REMITENTE

800251440 EPS SANITAS CENTRO MEDICO PALERMO

<b>Habilitación</b>	110012482613	<b>Teléfono</b>	5895460
---------------------	--------------	-----------------	---------

## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	PROGRAMAS DE REHABILITACION	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Diagnóstico</b>	F123	<b>Guía</b>	
<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
1000187	INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	1000187-INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	30	0		

## OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: FF 03/10/2018\*\*\* OM DRA VILLALBA PSIQUIATRIA\*\*\* SS IPS EMMANUEL FACA 30 DIAS DE DESHABITUACIONOBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN  
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COBRO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO A

## CUOTA MODERADORA

CANTIDAD BONOS

COBERTURA USUARIO

<b>Autorizado Por:</b>	LEIDY YOHANA DIAZ ALVAREZ
<b>Cargo:</b>	NIVEL 1 (FUNCIONARIO NIVEL BASICO)
<b>Teléfono:</b>	6466060

Recibido

<b>VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR</b>	<b>120 DÍAS</b>	<b>- DESDE EL</b>	<b>03/10/2018</b>	<b>HASTA EL</b>	<b>30/01/2019</b>
--	-----------------	-------------------	-------------------	-----------------	-------------------

COPIA 1



Organización Sanitas Internacional