

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización 00868543 Fecha Notificación 27/05/2018
Producto EPS Nit 800251440 Código EPS
Plan REGIMEN CONTRIBUTIVO Sucursal Radicación FONOSANTAS Ciudad BOGOTÁ D.C.
Teléfono 6466060 Fecha Orden Médica 27/05/2018

SEÑORES:
900269421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG
Habilitación 110012527501 Teléfono 7433693
Dirección CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2 Ciudad BOGOTÁ D.C. Departamento DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 1341188
Tipo de Identificación CC Número 65736656 Nombre JIMENA EMILCE VARGAS VARGAS
Fecha de Nacimiento 15/03/1961 Antigüedad 0 SEMANAS
Clase Usuario SUBSIDIADO Nivel de Ingresos 2
Dirección CARRERA 20 # 39 B - 65 Ciudad BOGOTÁ D.C. Departamento DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia Tel. Opcional Correo electrónico ximenaem4@hotmail.com

REMITENTE
800149394 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA
Habilitación 110010918654 Teléfono 0

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS
Diagnóstico F239 Origen ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención HOSPITALIZACION Cama
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		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 10% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA Z

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO, NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO # S/A CINCO DIAS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por:	KAREN LÓRENA DUARTE ARBELAEZ	Recibido
Cargo:	NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)	
Teléfono:	6466060	
VALIDO POR	120 días	DESDE 27/05/2018 HASTA 23/09/2018
		ORIGINAL

