

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	89605977	Fecha Notificación	24/04/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANTAS	Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	24/04/2018		

SEÑORES:

900259421 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

SERVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	3411683				
Tipo de Identificación	CC	Número	1032428367	Nombre	MAURICIO MENDEZ ESCANDON
Fecha de Nacimiento	02/04/1989	Antigüedad	38 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	CRA 99 NO 73-84	Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia		Tel. Opcional		Correo electrónico	

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

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

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F200	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACIÓN	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 CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE // S/A CINCO DÍAS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: KAREN LORENA DUARTE
ARBELAEZCargo: NIVEL 4 (FUNCIONARIO
PROFESIONAL EN SALUD)

Teléfono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días

DESDE 24/04/2018

HASTA

21/08/2018

ORIGINAL