

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	96710279	<b>Fecha Notificación</b>	12/10/2018		
<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>	12/10/2018		

## 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>	3307539				
<b>Tipo de Identificación</b>	TI	<b>Número</b>	1001331478	<b>Nombre</b>	LAURA CAMILA LEON CHAVEZ
<b>Fecha de Nacimiento</b>	19/09/2001	<b>Antigüedad</b>	53 SEMANAS		
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A		
<b>Dirección</b>	CLL 2 SUR 12 E 42 MZ 130	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Tel. Residencia</b>		<b>Tel. Opcional</b>		<b>Correo electronico</b>	

## REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

<b>Habilitación</b>	110010918654	<b>Teléfono</b>	0
---------------------	--------------	-----------------	---

## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
<b>Diagnóstico</b>	F318	<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 AOBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR S/A ESTANCIA HOSPITALARIA DE CINCO DIAS (5) ; PACIENTE BENEFICIARIO CATEGORIA A

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

Autorizado Por:	PAOLA ANDREA ALFONSO CASTRO
Cargo:	NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Teléfono:	6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	12/10/2018	HASTA EL	08/02/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

ORIGINAL