

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|---------------------|-------------|--------|-------------|
| No Autorización | 91761350 | Fecha Notificación | 19/06/2018 | | |
| Producto | EPS | Nit | 800251440 | Código | EPS |
| Plan | REGIMEN CONTRIBUTIVO | Sucursal Radicación | FOXOSANITAS | Ciudad | BOGOTÁ D.C. |
| Teléfono | 6466060 | Fecha Orden Médica | 19/06/2018 | | |

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 | 488860 | Número | 51926434 | Nombre | YANETH MARTINEZ CRUZ |
| Tipo de Identificación | CC | Antigüedad | 359 SEMANAS | | |
| Fecha de Nacimiento | 12/12/1963 | Nivel de Ingresos | GRUPO A | Departamento | BOYACA |
| Clase Usuario | POS | Ciudad | TUNJA | | |
| Dirección | CARRERA 9 # 42 A - 30 ALTOS DE CANAPRO | Tel. Opcional | 7432415 | Correo electronico | yanethmartinez1520@gmail.com |
| Tel. Residencia | 7432415 | | | | |

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

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

DETALLE DEL SERVICIO

| | | | |
|----------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------|
| Servicio | SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS | Origen | ENFERMEDAD GENERAL |
| Diagnóstico | F310 | Guía | |
| Tipo de Atención | HOSPITALIZACION | Tipo de Recbro | |
| Tipo de Orden Médica | | | |
| | Cama | | |
| | Número de entrega | | 1 |

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, NO ESPECIFICADO S/A ESTANCIA 1X POR 1 DIA FI 19/06/18

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

| | |
|-----------------|--|
| Autorizado Por: | KAREN LORENA DUARTE ARBELAEZ |
| Cargo: | NIVEL 4 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD) |
| Teléfono: | 6466060 |

Recibido

| | | | | | |
|------------|----------|-------|------------|-------|------------|
| VALIDO POR | 120 Días | DESDE | 19/06/2018 | HASTA | 16/10/2018 |
|------------|----------|-------|------------|-------|------------|

ORIGINAL