

# AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 2

No Autorización	95367360	Fecha Notificación	14/09/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	14/09/2018		

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

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

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	1246240				
Tipo de Identificación	CC	Número	36378093	Nombre	LUZ MILA CALDERON ORTIZ
Fecha de Nacimiento	18/06/1968	Antigüedad	276 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	CALLE 98 A # 68 B - 45	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia		Tel. Opcional		Correo electronico	

## REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

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

## DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F321	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: DX: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO // SE AUTORIZA ESTANCIA 5 DIAS //

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
COBERTURA USUARIO	

Autorizado Por:	NORMA CONSTANZA BURBANO
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Teléfono:	6466060

Recibido

**VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR 120 DÍAS - DESDE EL 14/09/2018 HASTA EL 11/01/2019**

ORIGINAL

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 2 de 2

**No Autorización** 95367360

**Producto** EPS

**Plan** REGIMEN CONTRIBUTIVO

**Teléfono** 6466060

**Fecha Notificación** 14/09/2018

**Nit** 800251440

**Sucursal Radicación** FONOSANITAS

**Fecha Orden Médica** 14/09/2018

**Código** EPS

**Ciudad** BOGOTA D.C.