

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	99839177	<b>Fecha Notificación</b>	20/12/2018	
<b>Producto</b>	EPS	<b>Nit</b>	800251440	<b>Código</b> EPS
<b>Plan</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO	<b>Sucursal Radicación</b>	OF ZONA IN	<b>Ciudad</b> BOGOTA D.C.
<b>Teléfono</b>	6466060	<b>Fecha Orden Médica</b>	19/12/2018	

## 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>	1518980	<b>Número</b>	80932054	<b>Nombre</b>	JEISON CAMILO RIVEROS
<b>Tipo de Identificación</b>	CC	<b>Antigüedad</b>	161 SEMANAS		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	02/09/1985	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A		
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Dirección</b>	CARRERA 6 C # 57 B - 28 SUR AP 301	<b>Tel. Opcional</b>	3195441202	<b>Correo electronico</b>	

## REMITENTE

800251440 CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA BOGOTA

<b>Habilitación</b>	110012482616	<b>Teléfono</b>	7428383
---------------------	--------------	-----------------	---------

## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	PROGRAMAS DE REHABILITACION	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Diagnóstico</b>	F149	<b>Guía</b>	
<b>Tipo de Atención</b>	HOSPITALIZACION	<b>Tipo de Recobro</b>	
<b>Tipo de Orden Médica</b>		<b>Número de entrega</b>	1

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1000187	INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	1000187-INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	30	0		

## OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN  
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: SS// HOSPITALIZACION NO. 30 DIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL ORD DR COTE PSIQUIATRIA

## CUOTA MODERADORA

CANTIDAD BONOS

COBERTURA USUARIO



Autorizado Por: JUAN MARCELA GONZALEZ DIAZ  
Cargo: NIVEL I (FUNCIONARIO NIVEL BASICO)  
Telefono: 6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	19/12/2018	HASTA EL	17/04/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

COPIA 1