

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	96648825	<b>Fecha Notificación</b>	11/10/2018		
<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>	11/10/2018		

**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>	1967537				
<b>Tipo de Identificación</b>	CC	<b>Número</b>	51684745	<b>Nombre</b>	DORA ZULETA OROZCO
<b>Fecha de Nacimiento</b>	17/04/1959	<b>Antigüedad</b>	90 SEMANAS		
<b>Clase Usuario</b>	POS	<b>Nivel de Ingresos</b>	GRUPO A		
<b>Dirección</b>	CARRERA 19 G # 62 - 11 SUR	<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>	F321	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Tipo de Atención</b>	HOSPITALIZACION	<b>Guía</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: DX EPISODIO DEPRESIVO MODERADO /// SE AUTORIZA 5 DÍAS DE ESTANCIA PSIQUIÁTRICA /// FI 11/10/2018// BENEFICIARIO CATEGORÍA A**CUOTA MODERADORA** 0**CANTIDAD BONOS** 0**COBERTURA USUARIO**

Autorizado Por:	Jeimy Julieth Jimenez Sierra
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Teléfono:	6466060

Recibido

<b>VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR</b>	<b>120 DÍAS</b>	<b>- DESDE EL</b>	<b>11/10/2018</b>	<b>HASTA EL</b>	<b>07/02/2019</b>
--	-----------------	-------------------	-------------------	-----------------	-------------------

ORIGINAL