

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	89217324	Fecha Notificación	15/04/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	15/04/2018		

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	3249327				
Tipo de Identificación	CC	Número	1014281703	Nombre	GERALDINE OLAVE CRUZ
Fecha de Nacimiento	09/07/1996	Antigüedad	51 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	CARRERA 40 C # 24 -11	Ciudad	SANTA MARTA	Departamento	MAGDALENA
Tel. Residencia	8900833	Tel. Opcional	8900833	Correo electronico	

REMITENTE

900188194 CLINICA CAMPO ABIERTO OSI SAS

Habilitación	110011809001	Teléfono	6701027
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F258	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
1005452	ESTANCIA HOSPITALARIA	1005452-ESTANCIA HOSPITALARIA	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 A

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO - SE AUTORIZAN 5 DIAS DE ESTANCIA - FI 15-04-2018

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
COBERTURA USUARIO	

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

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	15/04/2018	HASTA	12/08/2018
ORIGINAL					