

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

|                        |                      |                            |             |                          |
|------------------------|----------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|
| <b>No Autorización</b> | 98153441             | <b>Fecha Notificación</b>  | 14/11/2018  |                          |
| <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> FACATATIVA |
| <b>Teléfono</b>        | 6466060              | <b>Fecha Orden Médica</b>  | 14/11/2018  |                          |

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST DE REHAB Y HABILIT INFANTIL SAS

|                     |  |                 |            |                                  |
|---------------------|--|-----------------|------------|----------------------------------|
| <b>Habilitación</b> | 252690215801                                       | <b>Teléfono</b> | 7433693    |                                  |
| <b>Dirección</b>    | VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA<br>LOTE EMANUEL | <b>Ciudad</b>   | FACATATIVA | <b>Departamento</b> CUNDINAMARCA |

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

|                               |   |                          |             |                           |                                |
|-------------------------------|---|--------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Contrato</b>               | 1081379                                     | <b>Número</b>            | 51801552    | <b>Nombre</b>             | GLADIS ESMERALDA SARAY MONCADA |
| <b>Tipo de Identificación</b> | CC  | <b>Antigüedad</b>        | 352 SEMANAS |                           |                                |
| <b>Fecha de Nacimiento</b>    | 28/02/1966                                  | <b>Nivel de Ingresos</b> | GRUPO B     |                           |                                |
| <b>Clase Usuario</b>          | POS   | <b>Ciudad</b>            | BOGOTA D.C. | <b>Departamento</b>       | DISTRITO CAPITAL               |
| <b>Dirección</b>              | CARRERA 8 C # 186 - 67<br>TORRE 23 APTO 104 | <b>Tel. Opcional</b>     | 6738894     | <b>Correo electronico</b> |                                |
| <b>Tel. Residencia</b>        | 6738894                                     |                          |             |                           |                                |

## 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>Origen</b>            | ENFERMEDAD GENERAL |
| <b>Diagnóstico</b>          | F412                                  | <b>Guía</b>              |                    |
| <b>Tipo de Atención</b>     | HOSPITALIZACION                       | <b>Tipo de Recobro</b>   |                    |
| <b>Tipo de Orden Médica</b> | <b>Cama</b>                           | <b>Número de entrega</b> | 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: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 17,3% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO BOBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION // S/A ESTANCIA HOSPITALARIA POR CINCO DIAS

**CUOTA MODERADORA** 0

**CANTIDAD BONOS** 0

**COBERTURA USUARIO**

Autorizado Por: CARLOS ALBERTO OSPINA  
DOMINGUEZ

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>14/11/2018</b> | <b>HASTA EL</b> | <b>13/03/2019</b> |
|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|

ORIGINAL