

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	91869000	Fecha Notificación	21/06/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	21/06/2018		

SEÑORES:

900269421 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	3273570				
Tipo de Identificación	CC	Número	1072712004	Nombre	MARIA KATHALINA QUINTERO VASQUEZ
Fecha de Nacimiento	14/10/1996	Antigüedad	54 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO B		
Dirección	CR 15 A 11 51	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia		Tel. Opcional		Correo electronico	

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

Habilitación	110010918654	Teléfono	0
--------------	--------------	----------	---

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F412	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Cama	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		Guía	
		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: 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: NOMBRE DIAGNÓSTICO: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
FECHA DE INGRESO 21/06/2018

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: MIGUEL EBERTO MORALES
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días DESDE 21/06/2018 HASTA 18/10/2018

ORIGINAL