

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	91030810	Fecha Notificación	31/05/2018		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	31/05/2018		

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	3762774				
Tipo de Identificación	CC	Número	1019120325	Nombre	JUAN MANUEL PUENTES SAYO
Fecha de Nacimiento	09/05/1996	Antigüedad	168 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	CALLE 159 # 9 - 57 OF 104	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia	3164715894	Tel. Opcional	3164715894	Correo electronico	

REMITENTE

800149384 CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

Habilitación	110010918630	Teléfono	7436767
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F100	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Guía	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		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: DX: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: INTOXICACION AGUDA //*** SE
AUTORIZA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PSIQUIATRIA POR 5 DÍAS

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
COBERTURA USUARIO	

Autorizado Por:	BLANCA CECILIA BEJARANO
Cargo:	NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono:	6466060

Recibido

VALIDO POR	120 Días	DESDE	31/05/2018	HASTA	27/09/2018
------------	----------	-------	------------	-------	------------

ORIGINAL