## Hoja 1 de 1

## **AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

No Autorización

100254617

**Fecha Notificación** 

02/01/2019

**Producto** 

**EPS** 

800251440

Código

**EPS** 

Plan

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Sucursal Radicación

**FONOSANITAS** 

Ciudad

**FACATATIVA** 

Teléfono

6466060

Fecha Orden Médica

02/01/2019

**SEÑORES:** 

900259421 EMMANUEL INST DE REHAB Y HABILIT INFANTIL SAS Habilitación Dirección

LOTE EMANUEL

Teléfono Ciudad

7433693

**FACATATIVA** 

Departamento

CUNDINAMARCA

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato

859632

Tipo de Identificación

CC 23/01/1952

VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA

Número

41569744

Nombre

MARIA ROSALBA JIMENEZ CANO

Fecha de Nacimiento

Antigüedad Nivel de Ingresos 566 SEMANAS GRUPO A

Clase Usuario Dirección

POS

TRANSVERSAL 1 BIS # 25 Ciudad

BOGOTA D.C.

Departamento

DISTRITO CAPITAL

Tel. Residencia

- 39 SUR 2082107

Tel. Opcional

2082107

Correo electronico

REMITENTE

900807482 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA

Habilitación

254020311301

Teléfono

8458533

**DETALLE DEL SERVICIO** 

Servicio

SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS

Diagnóstico

**HOSPITALIZACION** 

Cama

Origen Guía

ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Atención Tipo de Orden Médica

Número de entrega

Tipo de Recobro

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR T	rélefono 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: NOMBRE DIAGNÓSTICO: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO

FECHA DE INGRESO 2/01/2019

CUOTA MODERADORA

0

**CANTIDAD BONOS** 

0

**COBERTURA USUARIO** 

Autorizado Por:

MIGUEL EBERTO MORALES

Cargo:

NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)

Telefono:

6466060

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR

120 DÍAS

- DESDE EL

02/01/2019

Recibido

HASTA EL

01/05/2019