

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No Autorización	94141020	Fecha Notificación	17/08/2018	Código	EPS
Producto	EPS	Nit	800251440	Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANTAS		
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	17/08/2018		

SEÑORES:  
 900269421 EMMANUEL INST REHAS Y HABIL INF SAS BOG  
 Habilitación 110012527501  
 Dirección CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2

Teléfono 7433693  
 Ciudad BOGOTÁ D.C.

Departamento DISTRITO CAPITAL

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 3929524  
 Tipo de Identificación OC  
 Fecha de Nacimiento 15/05/1999  
 Clase Usuario POS  
 Dirección MZ 9 CASA 99  
 Tel. Residencia

Número 1070626791  
 Antigüedad 30 SEMANAS  
 Nivel de Ingresos GRUPO A  
 Ciudad GIRARDOT  
 Tel. Opcional

Nombre ALEXANDRA SANTAMARIA CORTES  
 Departamento CUNDINAMARCA  
 Correo electrónico

REMITENTE  
 860068191 NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN  
 Habilitación 253070012601

Teléfono 8329630

## DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS  
 Diagnóstico F319  
 Tipo de Atención HOSPITALIZACION  
 Tipo de Orden Médica Cama  
 Número de entrega 1

Origen ENFERMEDAD GENERAL  
 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: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORIA GRUPO A

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
 INFORMACIÓN ADICIONAL: DX. TRASTORNO DEPRESIVO // SE AUT HX FI 17 DE AGOSTO // BENEFICIARIO CATEGORIA A

CUOTA MODERADORA 0  
 CANTIDAD BONOS 0  
 COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: JULIETH ALICANDRA CORREO VARGAS  
 Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)  
 Teléfono: 6466060  
 VALIDO POR 120 días DESDE 17/08/2018 HASTA 14/12/2018

Recibido

ORIGINAL

