

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

<b>No Autorización</b>	98953322	<b>Fecha Notificación</b>	03/12/2018	<b>Código</b>	EPS
<b>Producto</b>	EPS	<b>Nit</b>	800251440	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.
<b>Plan</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO	<b>Sucursal Radicación</b>	BACK OFFICE SERVICIOS MEDICOS		
<b>Teléfono</b>	6466060	<b>Fecha Orden Médica</b>	29/11/2018		

## SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

<b>Habilitación</b>	110012527501	<b>Teléfono</b>	7433693	<b>Departamento</b>	DISTRITO CAPITAL
<b>Dirección</b>	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.		

## SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

<b>Contrato</b>	1522536	<b>Número</b>	79344634	<b>Nombre</b>	MARLON ALONSO SUAREZ OSPINA
<b>Tipo de Identificación</b>	CC	<b>Antigüedad</b>	203 SEMANAS		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	18/03/1965	<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>	CALLE 55 BIS # 17 - 08	<b>Tel. Opcional</b>	3106803697	<b>Correo electronico</b>	marlonsuarezospina@gmail.com
<b>Tel. Residencia</b>	2494289				

## REMITENTE

800251440 EPS SANITAS CENTRO MEDICO CASTELLANA

<b>Habilitación</b>	110012482618	<b>Teléfono</b>	7428383
---------------------	--------------	-----------------	---------

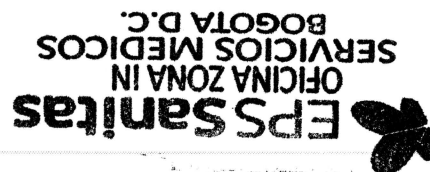
## DETALLE DEL SERVICIO

<b>Servicio</b>	PROGRAMAS DE REHABILITACION	<b>Origen</b>	ENFERMEDAD GENERAL
<b>Diagnóstico</b>	F198	<b>Guía</b>	
<b>Tipo de Atención</b>	HOSPITALIZACION	<b>Cama</b>	
<b>Tipo de Orden Médica</b>		<b>Número de entrega</b>	1
		<b>Tipo de Recobro</b>	

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1000187	INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	1000187-INTERNACION FARMACODEPENDENCIA FASE DESINTOXICACION/POR DIA	30	0		

## OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN  
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO  
INFORMACIÓN ADICIONAL: ORD DR MIGUEL COTE MENENDEZ./ PSQUIATRÍA

CUOTA MODERADORA 0

CANTIDAD BONOS 0

COBERTURA USUARIO

Autorizado Por:	DIANA YISLENI SANABRIA GONZALEZ
Cargo:	NIVEL 1 (FUNCIONARIO NIVEL BASICO)
Teléfono:	6466060

Recibido

VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN POR	120 DÍAS	- DESDE EL	29/11/2018	HASTA EL	28/03/2019
---------------------------------	----------	------------	------------	----------	------------

COPIA 1