

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización 94075458 **Fecha Notificación** 16/08/2018
Producto EPS **Nit** 800251440 **Código** EPS
Plan REGIMEN CONTRIBUTIVO **Sucursal Radicación** FACATATIVA **Ciudad** FACATATIVA
Teléfono 6466060 **Fecha Orden Médica** 09/08/2018

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST DE REHAB Y HABILIT INFANTIL SAS

Habilitación 252690215801 **Teléfono** 7433693
Dirección VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL **Ciudad** FACATATIVA **Departamento** CUNDINAMARCA

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato 1161863
Tipo de Identificación CC **Número** 19318186 **Nombre** GABRIEL ARAQUE PEREZ
Fecha de Nacimiento 02/01/1958 **Antigüedad** 345 SEMANAS
Clase Usuario POS **Nivel de Ingresos** GRUPO A
Dirección CARRERA 8 H # 166 - 60 APTO 506 **Ciudad** BOGOTA D.C. **Departamento** DISTRITO CAPITAL
Tel. Residencia 4704060 **Tel. Opcional** 4704060 **Correo electronico** sincorreos@aportesonlinea.com

REMITENTE

800251440 EPS SANITAS CENTRO MEDICO CASTELLANA

Habilitación 110012482618 **Teléfono** 7428383

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio SALUD MENTAL
Diagnóstico F322 **Origen** ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención HOSPITALIZACION **Cama**
Tipo de Orden Médica **Número de entrega** 1 **Tipo de Recobro**

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005831	HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA	1005831-HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA	30	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX.F322 MO. PSIQUIATRIA

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: RUMAIDA ORDOÑEZ LEON
Cargo: NIVEL 1 (FUNCIONARIO NIVEL BASICO)
Telefono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días DESDE 09/08/2018 HASTA 06/12/2018
COPIA 1