

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 19/07/2018 14:15:16
 Autorizada el: 19/07/2018 15:01:20
 Impresa el: 19/07/2018 15:01:20

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 9035) 3174 - 91210653
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.2905041**TOROVICH MORA IVAN**

Edad: 84

Fecha Nacimiento: 17/07/1934

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)**Dirección Afiliado:** BARRIO ZULDEMAIDA MANZANA 30 C. **Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** ARMENIA 001**Teléfono afiliado:** (6) - 3193372906**Teléfono celular afiliado:** 3126238438**Correo electrónico:****I.P.S. Primaria:** SUBSIDIADO-RED SALUD ARMENIA ESE UNIDAD IN'**Solicitado por :** HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE ARMENIA**Nit:** 800000118 - 2**Código:** 630010035401**Dirección:** AV. BOLIVAR CL 17 NORTE**Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** ARMENIA 001**Teléfono:** (6) - 7494384 - 7493500 - 7494383**Ordenado por:** ROJAS PUENTES JUAN CARLOS**Remitido a :** OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S**Nit:** 900481014 - 0**Código:** 000000000000**Dirección:** KR 12 N° 71 - 32 OF. 703**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTA, D.C. 001**Teléfono:** (1) - 6446062**Ubicación del paciente:** CONSULTA EXTERNA**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL U449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
SS-2001-E990242	1	PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL MENSUAL (EN CILINDROS Y/O CONCENTRADOR) CON PORTATIL PERMANENTE

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE AUTORIZA OXIGENO DOMICILIARIO CON ORDEN DE OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTO DURANTE 24 HORAS INICIALMENTE POR 1 MES, ADEMAS SOLICITAN BALA DE TRANSPORTE PARA TRASLADO, DIRECCION ED. ALCACERES CALLE 4TA NORTE N° 13-43, TELEFONO 3217559000-3216403756, RESPONSABLE ALVARO UPEGUI

Manejo integral segun guía: SI

Firma Afiliado o Acudiente
Autorizador: NATALIA PELAEZ FORERO**Teléfono:****Cargo o Actividad:**

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 30 días a partir de la fecha de Autorización.

*** * Referencia - Cuenta Medica: 3174-110791448**
Registro impreso por: NATALIA PELAEZ FORERO