

**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