

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 25/07/2018 20:00:24
 Autorizada el: 26/07/2018 11:11:21
 Impresa el: 26/07/2018 11:11:21

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 5552) 3174 - 91506207
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.11430712**CRUZ MACEDONIO**

Edad: 64

Fecha Nacimiento: 06/08/1953

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 2B SUR NO 3A-07

Departamento: CUNDINAMARCA 25

Municipio: FACATATIVA 269

Teléfono afiliado: (1) - 8923673

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria : CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIO

Solicitado por : E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

Nit: 899999151 - 3

Código: 252690004901

Dirección: KR 2 # 1 - 80

Departamento: CUNDINAMARCA 25

Municipio: FACATATIVA 269

Teléfono: (1) - 8422700

Ordenado por: ROJAS CUELLAR JORGE ARMANDO

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

 U440 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
SS-2001-E990233	1	PAQUETE MENSUAL DE OXIGENO (BALA/CONCENTRADOR/LIQUIDO)

Afiliado cancela de C.Moderadora \$3.000

FACATATIVACRA 2B SUR N. 3A-07BARRIO LA PEPITA32049471063138211864 //Valido JULIO DE 2018. Oxígeno por cánula nasal 2 l/min por 24 horas por 1 Mes. Se solicita bala para egreso hospitalario

Manejo integral segun guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: LUDY VERA CHILA
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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: 3174-111122917**
Registro impreso por: LUDY VERA CHILA