

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 12/12/2021 16:46:38  
 Autorizada el: 20/12/2021 23:48:04  
 Impresa el: 20/12/2021 23:48:06

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 10277) P024 - 166309555  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.4576744****RIOS SALAZAR PEDRO AGUSTO**

Edad: 68 Fecha Nacimiento: 29/12/1952  
 Dirección Afiliado: CALLE 26 NUMERO 13 20 SANTA ROS. Departamento: RISARALDA 66  
 Teléfono afiliado: (6) - 3658913 Teléfono celular afiliado: 3108328562  
 I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S/

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)  
 Municipio: SANTA ROSA DE CABAL 682  
 Correo electrónico: marhesi6@gmail.com

**Solicitado por:** SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MEDICOS SAS CLINICA SAN RAFAEL SEDE MEGACENTRO

Nit: 900342064 - 3 Código: 660010158706  
 Dirección: CALLE 12 # 18-50 PINARES Departamento: RISARALDA 66 Municipio: PEREIRA 001  
 Teléfono: (6) - 3275710 opción 1

**Ordenado por:** VELEZ EDWIN E.**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

C473 APNEA DEL SUENO

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E999409	1	ALQUILER MENSUAL DE EQUIPO BPAP CON O SIN HUMIDIFICADOR Y MASCARA (PRIMER SERVICIO)

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

valikdo diciembre 2021-bpap a 15 cm de h20 con mascara oronasal talla m  
 DIRECCION CALLE 26 NO 13-20 BARRIO SAN LUIS GONZAGA SANTA ROSA DE CABAL RISRALDA CELULARES CONTACTO  
 3127058131 Y 3108328562

**Manejo integral según guía:** NO

\_\_\_\_\_  
**Firma Afiliado o Acudiente**

\_\_\_\_\_  
**Autorizador:** ANGELICA CATHERINE LANCHEROS BOHORQUEZ  
**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 60 días a partir de la fecha de Autorización.

\* \* Referencia - Cuenta Medica: P024-207043422  
**Registro impreso por: ANGELICA CATHERINE LANCHEROS BOHORQUEZ**