

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 02/05/2022 16:06:37
 Autorizada el: 02/05/2022 16:29:24
 Impresa el: 02/05/2022 16:29:26

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 6657) 3174 - 176399517
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.20056667**VARGAS DE MOTTA BEATRIZ**

Edad: 87

Fecha Nacimiento: 15/01/1935

Tipo afiliado: COTIZANTE (B)

Dirección Afiliado: CALLE 51 18 C 14 ALAMOS NORTE

Departamento: HUILA 41

Municipio: NEIVA 001

Teléfono afiliado: (8) - 3178115754

Teléfono celular afiliado: 3102754248

Correo electrónico: bettymottav@hotmail.com

I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S/

Solicitado por: SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MEDICOS SAS IPS CLÍNICA SAN RAFAEL MEGACENTRO

Nit: 900342064 - 3

Código: 660010158702

Dirección: CRA. 18 # 12 - 75 TORRE 2 PISO 13 PINARES

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: PEREIRA 001

Teléfono: (6) - 3275710 opcion1

Ordenado por: OSPINA JORGE IVAN**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
 U80X SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
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

USUARIO REQUIERE de O2 24 HRS AL DIA x CN A 3 NTR X MINU Y NECESITA BALA PORTATIL PERMANENTE, DIRECCION DIAGONAL 29 A 7 -139 DOSQUEBRADAS, TEL 3113112320 - 3425936

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o Acudiente
Autorizador: LEIDY JOHANA BUENO HENAO**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: 3174-220772649**
Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO