

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 28/04/2023 10:53:14  
 Autorizada el: 28/04/2023 18:04:40  
 Impresa el: 28/04/2023 18:04:40

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 11775) 0746 - 204603623  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: TI.1024511316****ARIAS FAJARDO MICHELLE VANESSA**

Edad: 14

Fecha Nacimiento: 25/10/2008

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)

Dirección Afiliado: CL 62174F 03 BARRIO ALTOS DE GALIC

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono afiliado: (1) - 5974570

Teléfono celular afiliado: 3142902169

Correo electrónico: yudifajardo2015@gmail.com

I.P.S. Primaria: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS REST

Solicitado por: FALCK SERVICIOS LOGISTICOS S.A.S.

Nit: 900381555 - 4

Código: 222222222222

Dirección: CALLE 91 N 49 A 40

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1) -

Ordenado por: ABDALA MOHAMED

Remitido a: OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S

Nit: 900481014 - 0

Código: 222222222222

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

<input checked="" type="checkbox"/>	G809	PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
-------------------------------------	------	---

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

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

CALLE 62 I N 74 F O3 BARRIO GALICIA RINCON CEL: 3142902169/3132771273 /// // OXIGENO POR CANULA NASAL 2LPM POR 24HORAS POR 30DIAS // VALIDO ABRIL 2023 -

Manejo integral segun guía: NO

---

**Firma Afiliado o Acudiente**


---

**Autorizador:** ANA BELEN BARBOSA SOTO  
**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: 0746-256501762  
**Registro impreso por: ANA BELEN BARBOSA SOTO**