

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 09/02/2023 14:33:15
 Autorizada el: 09/02/2023 15:21:13
 Impresa el: 09/02/2023 15:21:15

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 9035) 3174 - 198195825
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.7527973**VALLEJO FLOREZ FRANCISCO JAVIER**

Edad: 64

Fecha Nacimiento: 03/05/1958

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-2)

Dirección Afiliado: BARRIO ZULDEMAYDA MZ 11 CS 2

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono afiliado: (6) - 3136801038

Teléfono celular afiliado: 3012676735

Correo electrónico: cyberpapelerialasantiago@gmail.com

I.P.S. Primaria: SUBSIDIADO-RED SALUD ARMENIA ESE UNIDAD IN'

Solicitado por : SUBSIDIADO-CLINICA LA SAGRADA FAMILIA S.A.S

Nit: 901352353 - 3

Código: 630010174101

Dirección: CRA 15 CL 10 ESQUINA

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono: (6) - 7466262

Ordenado por: CORREA ALDANA JOHN JAIRO

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

 I270 HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA

| 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

MZ U 25 SEGUNDO PISO BARRIO VILLA LILIANA 7 ETAPA 3104248019 FERNANDO VALLEJO OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 3 LITROS CON HUMIDIFICADOR, 24 HORAS AL DIA, 7 DIAS A LA SEMANA POR TIEMPO INDEFINIDO.

Manejo integral segun guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: JHON SEBASTIAN GOMEZ ANDRADE
 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: 3174-248748365
 Registro impreso por: JHON SEBASTIAN GOMEZ ANDRADE