

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 05/06/2023 06:40:12
 Autorizada el: 05/06/2023 06:52:45
 Impresa el: 05/06/2023 06:52:46

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 10277) 3174 - 207607180
 Código EPS: EPS037

Afiliado: **CC.24274859**

ARISTIZABAL GOMEZ LILIA

Edad: 85

Fecha Nacimiento: 17/02/1938

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CL 8 4 204 BARRIO VERACRUZ

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: SANTA ROSA DE CABAL 682

Teléfono afiliado: (6) - 3226351

Teléfono celular afiliado: 3156057138

Correo electrónico: fmmbetania@gmail.com

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

Solicitado por: SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS SAS CLINICA SAN RAFAEL MEGACENTRO-SIMULTANEIDAD

Nit: 900342064 - 3

Código: 660010158701

Dirección: CALLE 12 # 18-50 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: 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

 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

SE AUTORIZA PAQUETE DE O2 DOMICILIARIO X CN A 2 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS, DIRECCION CALLE 8 # 4-204 BARRIO VERACRUZ SANTAROSA DE CABAL TEL 3041054629

Manejo integral según guía: NO

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: 3174-260202801
 Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO