

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 06/06/2023 15:41:57
 Autorizada el: 06/06/2023 15:48:45
 Impresa el: 06/06/2023 15:48:47

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 8015) 3174 - 207805341
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.30275177**MONTOYA VALENCIA LUZ AMPARO**

Edad: 63

Fecha Nacimiento: 11/12/1959

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CL 19 28 63 EL CARMEN

Departamento: CALDAS 17

Municipio: MANIZALES 001

Teléfono afiliado: (6) - 8707051

Teléfono celular afiliado: 3008707051

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: U.T. VIVA MANIZALES SEDE CENTRO

Solicitado por : ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S. DE MANIZALES

Nit: 801000713 - 9

Código: 170010109601

Dirección: CALLE 92 N° 29-75

Departamento: CALDAS 17

Municipio: MANIZALES 001

Teléfono: (6) - 606-8918524

Ordenado por: GIRALDO ORTIZ ANDRES

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

Dx: C504

TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA

Dx: C509

TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E990242	1	PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL MENSUAL (EN CILINDROS Y/O CONCENTRADOR) CON PORTATIL PERMANENTE

Afiliado no cancela ningun valor por concepto de Pago Moderador o Copago

OXÍGENO DOMICILIARIO, POR CÁNULA NASAL, A 2 LITROS POR MINUTO, 24 HORAS AL DÍA, USO INDEFINIDO. CILINDRO DE EMERGENCIA Y CILINDRO DE TRASPORTE. PACIENTE YA CUENTA CON EQUIPOS DE EL PROVEEDOR OXIPRO(CONCENTRADOR, BALA DE RESPALDO Y BALA DE TRANSPORTE) SE TIENE COMUNICACION CON PROVEEDOR Y SE VERIFICA INFORMACION. DIRECCION DE LA PACIENTE: CALLE 19 #28 -35 BARRIO EL CARMEN (MANIZALES - CALDAS)

Manejo integral segun guía: ,NO .ENCIA (HIJA) TEL 3023486343 - 3142298793

CAPITACION IPS PRIMARIA

 Firma Afiliado o Acudiente

 Autorizador: JEFFERSON ARANGO GUTIERREZ

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 dias a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Medica: 3174-260432184
 Registro impreso por: JEFFERSON ARANGO GUTIERREZ