

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 13/06/2023 12:39:12
 Autorizada el: 13/06/2023 14:29:32
 Impresa el: 13/06/2023 14:29:35

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 6656) 3174 - 208334615
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.34044873**GIRALDO DE CARVAJAL MARIA AYDEE**

Edad: 68
 Dirección Afiliado: KR 3 46 15 B EL TRIUNFO
 Teléfono afiliado: (6) - 3142058
 I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA

Fecha Nacimiento: 15/05/1955
 Departamento: RISARALDA 66
 Teléfono celular afiliado: 3137760352

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
 Municipio: PEREIRA 001
 Correo electrónico: papelerialjessvalent2016@outlook.es

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: LEON ANA MARIA**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

U441 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, 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 ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE AUTORIZA PAQUETE DE 02 X CN A 2 LTRS X MINU 24 HRS AL DIA X 90 DIAS, DIRECCION CRA 3 # 46-15 EL TRIUNFO PEREIRA TEL 3233202515 - 3204156907

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: 3174-261042556
 Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO