

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 22/06/2023 17:09:39
 Autorizada el: 22/06/2023 17:20:09
 Impresa el: 22/06/2023 17:20:10

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 8736) 3174 - 209143936
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.29806779**CORRALES DE CARDONA BLANCA LIBIA**

Edad: 73

Fecha Nacimiento: 10/10/1949

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-2)**Dirección Afiliado:** ME D CS 7 BARRIO CAFETERO LA VIR**Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** CALARCA 130**Teléfono afiliado:** (6) - 3108405423**Teléfono celular afiliado:** 3224141329**Correo electrónico:** yirleyandrea17@hotmail.com**I.P.S. Primaria:** SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA DE**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:** GARAY GARAY JOSE HOLGER**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:** J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, 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

MZ D CASA 7 CORREGIMIENTO LA VIRGINIACALARCA – QUINDIO MZ D CASA 7 CORREGIMIENTO LA VIRGINIA3224141329 – 3173928313MARTHA CARDONA
 OXIGENO DOMICILIARIO, TIEMPO 24 HORAS AL DIA POR 30 DIAS. FLUJO: 2LT/MIN FIO2 28%. INSUMOS: CONCENTRADOR, BALA AUXILIAR (EN CASO DE QUE HAYA CORTE DE ENERGIA)
Manejo integral segun guía: JNO IFICADOR, MANGUERA, CANULA NASAL.

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: 3174-262023287
Registro impreso por: JHON SEBASTIAN GOMEZ ANDRADE