

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 23/03/2023 09:56:22
 Autorizada el: 23/03/2023 10:11:57
 Impresa el: 23/03/2023 10:11:59

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 10277) 3174 - 201599812
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.24850045**LOAIZA DE ALZATE MARIA ALELI**

Edad: 76

Fecha Nacimiento: 10/01/1947

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (B)

Dirección Afiliado: KR 17 22 28 SANTA ROSA

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: SANTA ROSA DE CABAL 682

Teléfono afiliado: (6) - 3650228

Teléfono celular afiliado: 3122210931

Correo electrónico: favalgi653@hotmail.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
 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 cancela de C.Moderadora \$16,400

SE AUTORIZA PAQUETE DE O2 DOMICILIARIO X CN A 2 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS, DIRECCION CRA 17 # 22-28 CENTRO SANTA ROSA TEL 3113787842 - 3226539393

Manejo integral segun 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: 3174-252916943
Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO