

Famisanar EPS

Solicitud de Oxígeno



| TIPO | DATO |
|-----------------------------|---|
| FECHA SOLICITUD | 11-04-2024 16:24:46 |
| NOMBRE PACIENTE | DYLAN ANDRES BERMUDEZ QUIROGA |
| TIPO DOCUMENTO | Tarjeta de Identidad |
| DOCUMENTO | 1010968040 |
| FECHA NACIMIENTO | 2014-02-04 |
| UNIDAD TIEMPO | Años |
| EDAD | 10 Años |
| CATEGORÍA | CATEGORIA A |
| NOMBRE FAMILIAR O ACUDIENTE | ALISBETH |
| TIPO AFILIADO | CONTRIBUTIVO |
| PLAN SALUD | POS |
| IPS PRIMARIA | CAFAM CENTRO DE ATENCION EN SALUD SOACHA - (257540007803) |
| TELÉFONO FIJO | 3114517744 |
| CELULAR | 3114517750 |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | SOACHA |
| DIRECCIÓN | Carrera 19 ESTE # 36 - 75, CONJUNTO TIERRAGRANDE 2 ETAPA 3, Casa 75 |
| LOCALIDAD | SOACHA |
| BARRIO | TIERRAGRANDE |
| IPS EGRESA | FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA |
| DIAGNÓSTICOS CIE10 | Asma predominantemente alérgica (J450) |
| CONSUMO OXÍGENO EN LITROS | MENOR A 1LPM |
| HORAS DE USO | 24 Horas |
| REQUIERE SOPORTE | NO |
| PROVEEDOR ASIGNADO | OXIPRO S.A.S |
| NÚMERO DE AUTORIZACIÓN | 81157565 |
| VALOR CUOTA MODERADORA | AFILIADO CANCELA DE C.MODERADORA \$4500 |
| FECHA ORDEN MÉDICA | 2024-04-11 |
| FECHA GESTIÓN | 2024-04-11 |
| FECHA ENTREGA DE EQUIPOS | |
| DÍAS DE ESTANCIA | 0 |

| TIPO | DATO |
|-----------------------|------------------------------|
| ES MUNICIPIO | NO |
| OBSERVACIONES | CN 0.25 LT |
| RESPONSABLE SOLICITUD | ANGIE YISETH HERRERA SABOGAL |