

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 05/02/2024 08:08:17  
Autorizada el: 05/02/2024 08:36:17  
Impresa el: 05/02/2024 08:36:19

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: (POS - 7985) 3174 - 228561427  
Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.29375701****ECHEVERRI DELGADO GLORIA DE LA CRUZ**

Edad: 82

Fecha Nacimiento: 03/05/1941

Tipo afiliado: COTIZANTE (C)

Dirección Afiliado: CL 16 NO 1 NORTE 83 BARRIO EL PRADO

Departamento: VALLE DEL CAUCA 76

Municipio: CARTAGO 147

Teléfono afiliado: (2) - 3089829

Teléfono celular afiliado: 3166208306

Correo electrónico: LECHEVERRI03@YAHOO.COM

I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. CLINICA

**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) - 606 3275710; whatsapp3175104224

**Ordenado por:** FONTALVO YOIDER DE JESUS**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 U449 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 cancela de C.Moderadora \$47.700**

SE SOLICITA OXIGENO DOMICILIARIO PARA 24 HORAS POR 7 DIAS POR 365 DIAS O HASTA NUEVA VALORACION POR CANULA NASAL A 3 LITROS POR MINUTOS. DIRECCION: HOGAR GIUSEPEE CALLE 16 #1-83 NORTE BARRIO EL PRADO, CARTAGO, VALLE DEL CAUCA. RECIBE ANDREA (ENFERMERA) CEL 3152973330. GISELLA CASTRO (DIRECTORA HOGAR) CEL: 3122947107

**Manejo integral segun guía:** SI

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o Acudiente

**Autorizador:** LUIS FERNANDO HERRERA CASTANO**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: 3174-285832502  
Registro impreso por: LUIS FERNANDO HERRERA CASTANO