

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 16/02/2024 14:06:13  
Autorizada el: 16/02/2024 14:35:56  
Impresa el: 16/02/2024 14:35:57

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: (POS - 15213) 3174 - 229788042  
Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.42030794****SANCHEZ BEDOYA EUCLIVIA**

Edad: 79

Fecha Nacimiento: 09/03/1944

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-2)

Dirección Afiliado: FRENTE A CS 39

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: PEREIRA 001

Teléfono afiliado: (6) - 3184304105

Teléfono celular afiliado: 3184304105

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: SUBSIDIADO-E.S.E. SALUD PEREIRA

**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:** CASTRO RODRIGUEZ JORGE ALEJANDRO**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 1509 INSUFICIENCIA CARDIACA, 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 O2 DOMICILIARIO X CN A 2 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS, DIRECCION MZ 10 CASA 4 PISO 4 GIRASOL DOSQUEBRADAS TEL 3184304105 - 3116617778

**Manejo integral según 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: 3174-287433402  
Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO