

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 01/11/2024 16:46:27
Autorizada el: 01/11/2024 16:55:53
Impresa el: 01/11/2024 16:55:53

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 8015) 3174 - 255615779
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.30270434**PULGARIN ZULUAGA GLORIA MARIA****Edad:** 66**Fecha Nacimiento:** 08/10/1958**Tipo afiliado:** COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** KR 26 20 33**Departamento:** CALDAS 17**Municipio:** MANIZALES 001**Teléfono afiliado:** (6) - 8733192**Teléfono celular afiliado:** 3217947190**Correo electrónico:** adrinapulgarin936@gmail.com**I.P.S. Primaria:** U.T. VIVA MANIZALES SEDE CENTRO**Solicitado por:** AVIDANTI S.A.S-MANIZALES**Nit:** 800185449 - 9**Código:** 170010164601**Dirección:** CALLE 10 NO 2C - 10 AVENIDA RESTREPO - VILL **Departamento:** CALDAS 17**Municipio:** MANIZALES 001**Teléfono:** (6) - (606)8990000 cardiología y apoyo e.**Ordenado por:** GARCIA LOPEZ HAROLD**Remitido a:** SUBSIDIADO-OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S**Nit:** 900481014 - 0**Código:** 222222222222**Dirección:** CARRERA 22 NO 168-40**Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** ARMENIA 001**Teléfono:** (6) - 3168453364 - 3147912353**Ubicación del paciente:** CONSULTA EXTERNA**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL**Dx:** I480 FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA

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 \$4.500

OXIGENO DOMICILIARIO (OXI001)

OBSERVACIONES: SE SOLICITA OXÍGENO DOMICILIARIO POR CÁNULA NASAL A 3 L/MIN O FIO2 NECESARIA PARA MANTENER SAO2 >90% DURANTE 24 HORAS + BALA DE TRANSPORTE + CONDENSADOR DE OXÍGENO + HUMIDIFICADOR POR 3 MESES DIRECCIÓN: CRA 26 #20-33 (MANIZALES-RISARALDA) ACOMPAÑANTE: OLGA PULGARIN

Manejo integral segun guía: 3SI 48 VALIDO POR 30 DIAS

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o Acudiente**Autorizador:** ANGELA MARIA VALENCIA**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 dias a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Medica: 3174-318535752
Registro impreso por: ANGELA MARIA VALENCIA