

OXÍGENO



Sede: FUND SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA

Fecha de Atención-22/12/2023

Paciente: LEONOR COLMENARES
DEVALDIVIESO

ID: CC37790626

Sexo: F

Contrato: FOMAG-SERVISALUD QCL PACIENTE
CONSENTIDO

Plan: OTROS

Semanas: 100

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO

Sede Afiliado: Servisalud QCL Campin

Rango: 1

Dirección: KR 78 K3959 SUR BLOQ 10 APTO 503

Teléfono: 8128865 317 / 3223288674

Solicitada por: OSCAR ORLANDO SANABRIA RODRIGUEZ Dx: R060 - DISNEA

Metodo

Flujo L/m

Indicaciones

Canula Nasal

2

Oxigeno suplementario por cánula nasal 2 litros minuto, 24 horas diarias. Permanente. Orden por 12 meses enero 2024 hasta diciembre 2024 - diagnostico cor pulmonar - 2L/min

Profesional: OSCAR ORLANDO SANABRIA RODRIGUEZ - RM No. 79530683 - Firmado Electrónicamente.

Datos de Impresión - Fecha: 22/12/2023 - Hora: 14:46 PM -



SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA
Nit. 830.108.095-6
Cra. 46#94-17 Castellana
Tel.4431360 - 3212093952

Tramitar en: _____

Válido hasta: _____



Fondo Nacional de
Prestaciones Sociales del Magisterio
FOMAG FIDUPREVISORA S.A
NIT: 830.053.105-3

Fecha de Autorización: 2024-08-01
Régimen: Especial / Número de Orden: 1500658
IPS Primaria: SERVISALUD QCL OCCIDENTE



Nombre Paciente		Sexo	Identificación	Edad	Nacimiento
COLMENARES DE VALDIVIESO LEONOR		F	CC - 37790625	77	1947-01-25
Dirección	Teléfono	Correo	Municipio		
	- 0	0	BOGOTA-BOGOTA, D C		
Nombre Prestador			Dirección		
OXIPRO AVENIDA CHILE - 33275			CR 12 # 71- 32 OF 702 C		
NIT	Teléfono	Cod Habilitación	Municipio	Diagnostico DX	
900481014	3002106020-4672264/65	1100136229	BOGOTA, D.C-BOGOTA	R060	
Código	Nombre	Cantidad	Observación		

S55284

paquete integral de oxigeno (incluye concentrador)

1

OXIGENO SUPLEMENTARIO POR
CANULA NASAL 2L POR MINUTO,
24 HORAS DIARIAS,
PERMANENTE. ORDEN POR 12
MESES ENERO 2024 HASTA
DICIEMBRE 2024 - DIAGNOSTICO
COR PULMONAR - 2L/MIN

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 120 DIAS DESPUES A LA FECHA DE SU EXPEDICION, UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE FOMAG. (Resolucion 4331 de 2012)

NOTA AUDITORIA:

Firma del Medico que Ordena

Firma del Usuario

Firma de quien Transcribe

Transcripción

Funcionario que Imprime: 1022369752@fomag.com
Fecha Impresión: 2024-08-01 04:35:39