

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 16/07/2018 12:49:23
 Autorizada el: 17/07/2018 12:57:31
 Impresa el: 17/07/2018 12:57:32

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 10504) 3174 - 91073403
 Código EPS: EPS037

Afiliado: RC.1023982505**CASSIANI PACHECO THAYS**

Edad: 0.

Fecha Nacimiento: 18/06/2018

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)**Dirección Afiliado:** KR 7 NRO 48 40**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTA, D.C. 001**Teléfono afiliado:** (1) - 3013513319**Teléfono celular afiliado:****Correo electrónico:****I.P.S. Primaria:** UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE**Solicitado por:** HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**Nit:** 860015888 - 9**Código:** 110010566801**Dirección:** CARERRA 8 N° 17-45 SUR**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTA, D.C. 001**Teléfono:** (1) - 3282300**Ordenado por:** ALARCON DIAZ YENIFER CAROLINA**Remitido a:** OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S**Nit:** 900481014 - 0**Código:** 000000000000**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 P073

OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
SS-2001-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

CAMA: NEO 25 DIR: CALLE 58 # 94 C 20 BOSA ANHELO/BOGOTA, RESP: DORA PACHECO, CEL: 3013513319/3012393556,1CO//O2 x cánula nasal a 0,2 ltr/min x 24 horas Valido Julio del 2018 se solicita bala portátil permanente de egreso: bajo flujo

Manejo integral segun guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MILENA PENA GRANDE
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 30 días a partir de la fecha de Autorización.

*** * Referencia - Cuenta Medica: 3174-110622608**
Registro impreso por: MILENA PENA GRANDE