

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 19/07/2018 15:51:33  
 Autorizada el: 19/07/2018 15:57:48  
 Impresa el: 19/07/2018 15:57:48

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 1988) 3174 - 91215796  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.2380689****TEJADA ZAMBRANO MILCIADES**

Edad: 75

Fecha Nacimiento: 01/07/1943

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: KR 7 8 49 BRR MONSERRATE

Departamento: CUNDINAMARCA 25

Municipio: MACHETA 426

Teléfono afiliado: (1) - 3176156612

Teléfono celular afiliado: 3176156612

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: CAFAM - GRANADA HILLS

Solicitado por : CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

Nit: 900210981 - 6

Código: 110011864201

Dirección: CL 24 N° 29-45

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1) -

Ordenado por: BRICEÑO RICAURTE OSCAR ANDRES

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

 R060       DISNEA

| CODIGO          | CANT | DESCRIPCION                                            |
|-----------------|------|--------------------------------------------------------|
| SS-2001-E990233 | 1    | PAQUETE MENSUAL DE OXIGENO (BALA/CONCENTRADOR/LIQUIDO) |

**Afiliado cancela de C.Moderadora \$3.000**

TRANSVERSAL 50 # 69 B -22 SUR JERUSALEM SECTOR SANTA ROSITA BOGOTA; TEL; 3176156612-3197795516; RESPOM;  
 MARIA NUBIA TORRES-MILCIADES TEJADA; 1CO/O2 X CÁNULA NASAL A 2 LTR/MIN X 24 HORAS VALIDO JULIO DEL 2018 SE  
 SOLICITA BALA PORTÁTIL DE EGRESO: BAJO FLUJO

Manejo integral segun guía: NO

---

**Firma Afiliado o Acudiente**


---

**Autorizador:** SANDRA PATRICIA OCHOA  
**Teléfono:**  
**Cargo o Actividad:**

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: 3174-110799893**  
**Registro impreso por: SANDRA PATRICIA OCHOA**