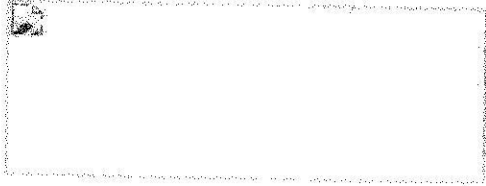


Break Point V2.0: R.1.5

### REMISION

Fecha de Atencion: 2021-08-02

Sede: CALLE 48		ID: 19497627		Semanas: 806		Rango: 1	
Paciente: JOSE RODOLFO CORREDOR BARRERA		Plan: CONTRIBUTIVO		Sede Afiliado: CALLE 48			
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18							
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO							
Solicitada por: LIGIA OLIVERA MONROY - MEDICINA INTERNA							
Diagnóstico Ppal.: U071							
Diagnóstico Rel-1:							
Diagnóstico Rel-2:							
Diagnóstico Rel-3:							
Especialidad Solicitada: 800 OTRAS							
<b>REMISION</b>							
OXIGENO HUMEDO POR CANULA NASAL 1 LITRO/MIN 24 HORAS DIARIAS + CONCENTRADOR + BALA DE OXIGENO PORTATIL PARA TRASLADOS + BALA OXIGENO GRANDE PARA CONTINGENCIA EN CASO DE FALLA SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA**** ANT DE NEUMONIA POR SARS COV 2							



Profesional: LIGIA OLIVERA MONROY - 22462049

Fecha: 02/08/2021 Hora: 16:43:44 Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Copia Paciente - Este documento NO ES VALIDO para la prestación del servicio.

*9 días hábiles*

0 1 AGO 2021

22462049

Solicitada el: 06/08/2021 07:59:18

Autorizada el: 09/08/2021 17:41:53

Impresa el: 09/08/2021 17:41:53

Afiliado: CC.19497627

CORREDOR BARRERA JOSE RODOLFO

No. Solicitud: 1

No. Autorización: (POS) 231 - 59575388

Código EPS: EPS017

Edad: 58.828

Fecha Nacimiento: 11/11/1962

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 88 C N 52 30 SUR PISO 2 BOSA

Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)

Municipio: BOGOTA (001)

Teléfono afiliado: 1 - 3217523846

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

Solicitado por: CAFAM CALLE 51 CAS

Nit: 860013570-3

Código: 110010559701

Dirección: KR 15 51 35

Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)

Municipio: BOGOTA (001)

Teléfono: 1 - 3077011

Ordenado por: OLIVERA LIGIA

Remitido a: OXIPRO S.A.S

Nit: 900481014-0

Código: 000000000000

Dirección: KR 12 71 32 OF 702 A

Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)

Municipio: BOGOTA (001)

Teléfono: 1 - 4320520

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo integral según guía:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
ISS-2001-91010208	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO	NO APLICA

Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

OM DEL 02/08/2021 USO 1 LITRO X MNT 24 HORAS + CONCENTRADOR + BALA PORTATIL TEL: 3204940933--3217523846 DIRECCION CARRERA 88 C 52 30 SUR PISO 2 BOSA BRASILIA // VALIDO MES DE AGOSTO, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR S.A.S.

Autorizador: MARITZA SUAREZ AVILA

Cargo o Actividad: PROF. MSTR ACCESO ATN AMBULATORIA POS

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 Médica: 231-76690575  
Registro impreso por: MARITZA SUAREZ AVILA