

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 18/11/2021 16:49:13
 Autorizada el: 02/12/2021 22:47:06
 Impresa el: 02/12/2021 22:47:06

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 7317) 0746 - 165068697
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.28997200**CEBALLOS OCHOA ALEGRÍA**

Edad: 73

Fecha Nacimiento: 20/10/1948

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** CARRERA 55 56 A 33 BLOQUE B 12 AP**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTÁ, D.C. 001**Teléfono afiliado:** (1) - 7536508**Teléfono celular afiliado:** 3003208446**Correo electrónico:** marcear30@gmail.com**I.P.S. Primaria:** UNION TEMPORAL VIVA BOGOTÁ - SEDE MARLY**Solicitado por:** UNION TEMPORAL VIVA BOGOTÁ - SEDE MARLY**Nit:** 900692737 - 2**Código:** 110011908606**Dirección:** CALLE 49 N° 13 -61**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTÁ, D.C. 001**Teléfono:** (1) - 3907760**Ordenado por:** PARADA ARTUNDUAGA MICHELLE DANIELA**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:** BOGOTÁ, D.C. 001**Teléfono:** (1) - 6446062**Ubicación del paciente:** CONSULTA EXTERNA**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL**Dx:** J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

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 \$3.500

valido diciembre 2021- ox por canula nasal a 2 lpm por 24 horas al dia
 DIRECCION: CRA 55 # 56 A - 33 BLOQUE B 12 APTO 401
 CEL: 3003208446 - 7536508

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: ANGELICA CATHERINE LANCHEROS BOHORQUEZ**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 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Medica: 0746-205893120

Registro impreso por: ANGELICA CATHERINE LANCHEROS BOHORQUEZ