

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 02/10/2021 11:19:34  
 Autorizada el: 05/10/2021 07:37:31  
 Impresa el: 06/12/2021 10:28:56

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS-7236) 0746-160530495  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.19052391****MONROY MARTINEZ ADONIS**

Edad: 73

Fecha Nacimiento: 25/08/1948

**Tipo afiliado:** COTIZANTE (B)**Dirección Afiliado:** CARRERA 71 C 5 15 CASA 6**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTA, D.C. 001**Teléfono afiliado:** (1) - 5200948**Teléfono celular afiliado:** 3105704342**Correo electrónico:** monomonroy@gmail.com**I.P.S. Primaria:** UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**Solicitado por:** UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE MARLY**Nit:** 900692737 - 2**Código:** 110011908606**Dirección:** CALLE 49 N° 13 -61**Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11**Municipio:** BOGOTA, D.C. 001**Teléfono:** (1) - 3907760**Ordenado por:** SANCHEZRODRIGUEZ TRINO WILLIAM**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

<input checked="" type="checkbox"/>	1270	HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA
-------------------------------------	------	--------------------------------

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 \$14.000**

SE SOLICITA OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LITROS  
 POR MINUTO POR SEIS MESES

DIRECCION DE DOMICILIO DEL PACIENTE (CIUDAD BARRIO) - CARRERA 71 C # 5 - 15 CASA 6 BARRIO AMERICAS  
 NUMEROS TELEFONICOS DEL PACIENTE (FIJO Y CELULAR)- 3101704342 NOMBRE DEL CUIDADOR - MARITZA TABORDA

**Manejo integral segun guía:** \_NO IDANOR 3105850233

---

**Firma Afiliado o Acudiente**
**Autorizador:** OLGA LUCIA CASTANEDA HORTUA**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: 0746-200216044

**Registro impreso por: JULIA PATRICA GONZALEZ CASTELLANOS**