

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO****DUPLICADO**

Solicitada el: 13/12/2021 15:24:52  
 Autorizada el: 13/12/2021 15:33:52  
 Impresa el: 13/12/2021 15:33:54

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 8014) 3174 - 165739239  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.14931514****MEJIA CALLE JUAN DE JESUS**

Edad: 76

Fecha Nacimiento: 30/06/1945

**Tipo afiliado:** COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** EL RECUERDO CASA 111 ARMENIA**Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** ARMENIA 001**Teléfono afiliado:** (6) - 3218194**Teléfono celular afiliado:** 3137290674**Correo electrónico:** tigrestebaida@gmail.com**I.P.S. Primaria:** INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S/**Solicitado por:** CLINICA LA SAGRADA FAMILIA COMFENALCO QUINDIO**Nit:** 890000381 - 0**Código:** 630010052610**Dirección:** KRR 15 CALLE 10 ESQUINA**Departamento:** QUINDIO 63**Municipio:** ARMENIA 001**Teléfono:** (6) - 7466262**Ordenado por:** GARAY GARAY JOSE HOLGER**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**Dx:** J441 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, 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**

EGRESO HOSPITALARIO, SE AUTORIZA OXIGENO DOMICILIARIO CON ORDEN DE OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO DURANTE 24 HORAS INICIALMENTE POR 1 MES, ADEMAS SOLICITAN CONCENTRADOR, BALA DE TRANSPORTE, BALA DE RESERVA, CÁNULA Y HUMIFICADOR, DIRECCIÓN ARMENIA QUINDIO BARRIO EL RECUERDO CASA 111A TEL 3218194907 SANDRA MEJIA-----PACIENTE YA SE ENCUENTRA EN SERVICIO CON OXIPRO PARA 18 HORAS, SE AURORIZA

**Manejo integral segun guía:** \SI RO 24 HORAS CON PORTATIL  
 CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado ó Acudiente

**Autorizador:** LORENA HERRERA LOPEZ  
**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: 3174-207146329  
**Registro impreso por: LORENA HERRERA LOPEZ**