

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 14/01/2022 14:36:58
 Autorizada el: 14/01/2022 14:57:25
 Impresa el: 14/01/2022 14:57:27

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 6656) 3174 - 168036324
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.10065872**DE LOS RIOS CASTILLO NESTOR**

Edad: 72

Fecha Nacimiento: 18/02/1949

Tipo afiliado: 2DO.COTIZ. (A)

Dirección Afiliado: KR15 4 61 EDF OCEANIA TO C AP 504

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: PEREIRA 001

Teléfono afiliado: (6) - 3315048

Teléfono celular afiliado: 3103879783

Correo electrónico: nesdecas@gmail.com

I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S/

Solicitado por: SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MEDICOS SAS IPS CLÍNICA SAN RAFAEL MEGACENTRO

Nit: 900342064 - 3

Código: 660010158702

Dirección: CRA. 18 # 12 - 75 TORRE 2 PISO 13 PINARES

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: PEREIRA 001

Teléfono: (6) - 3275710 opcion1

Ordenado por: ROMERO FLOREZ DIANA MARIA

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

 U449 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 \$3.700

SE AUTORIZA PAQUETE DE O2 DOMICILIARIO X CN A 3 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS, DIRECION CALLE 5 #13-17 BARRIO STA TERESITA TEL 3217981440 - 3103879783 - 3104353431

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: LEIDY JOHANA BUENO HENAO
 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: 3174-210209466
 Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO