

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 28/11/2022 15:00:48
 Autorizada el: 28/11/2022 15:08:20
 Impresa el: 28/11/2022 15:08:22

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 11130) 3174 - 192752404
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.1321964**GOMEZ JIMENEZ CRISTOBAL**

Edad: 86

Fecha Nacimiento: 08/11/1936

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)**Dirección Afiliado:** VEREDA PUEBLO RICO**Departamento:** CALDAS 17**Municipio:** NEIRA 486**Teléfono afiliado:** (6) - 3136608721**Teléfono celular afiliado:** 3105313591**Correo electrónico:** fabiangaleanos12@gmail.com**I.P.S. Primaria:** I.P.S. CLINICA ROQUE ARMANDO LOPEZ ALVAREZ S**Solicitado por:** AVIDANTI S.A.S-MANIZALES**Nit:** 800185449 - 9**Código:** 170010164601**Dirección:** CALLE 10 NO 2C - 10 AVENIDA RESTREPO - VILL**Departamento:** CALDAS 17**Municipio:** MANIZALES 001**Teléfono:** (6) - (606)8990000 cardiología y apoyo e.**Ordenado por:** GARCIA MUÑOZ HAROLD ALBERTO**Remitido a:** OXIPRO OXIGENO MEDICINALES S.A.S**Nit:** 900481014 - 0**Código:** 222222222222**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 no cancela ningun valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE AUTORIZA OXIGENO DOMICILIARIO POR CÁNULA NASAL A 3 LTS/MIN LAS 24 HORAS AL DÍA , DIRECCIÓN: VEREDA PUEBLO RICO, NEIRA, CALDAS.
 CONTACTO: FABIÁN (YERNO) 3105313591, ADIELA GÓMEZ (HIJA) 3223944382

Manejo integral segun guía: SI

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: ANGGIE VANESSA ALVAREZ ACOSTA
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: 3174-241596526
Registro impreso por: ANGGIE VANESSA ALVAREZ ACOSTA