

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS

Página 1 de 1

Solicitada el: 24/03/2023 13:31:58
Preautorizada el: 21/04/2023 13:33:46
Impresa el: 21/04/2023 13:33:50

No. Solicitud: NO REPOR
No. Pre-Autorización: (POS) 248-985
Código EPS: E

Afiliado: CC.1056798261

MURILLO ZABALA WALTER ALONSO

Edad: 37.1.1 Fecha Nacimiento: 20/03/1986
Dirección Afiliado: VEREDA RASGATA R
Teléfono afiliado: 1 - 3115001744
Correo electrónico:

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: TAUSA (793)
Teléfono celular afiliado:

Solicitado por: CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM UBATE

Nit: 860013570 - 3
Dirección: CR. 4 # 5-25
Teléfono: 1 -

Código:
Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: UBATE (843)

Ordenado por: VILLA, JOSE GREGORIO

Remitido a: OXIPRO S.A.S

Nit: 900481014 - 0
Dirección: KR 12 71 32 OF 702 A
Teléfono: 1 - 4320520

Código: 000000000000
Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA Manejo integral según guía
Origen: ENFERMEDAD GENERAL Lateralidad

CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
SS-2001-91010208	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO	NO APLICA

Afiliado Cancela de C. Moderadora \$4,100

OFM/14/02/2023 2 LT POR MINUT POR 56 MESES. [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMILIAR S.A.S.
Autorizador: OLGA ALEJANDRA MONTANO ALONSO
Cargo o Actividad: CONSULTOR INTEGRAL

Esta es una Pre-Autorización. La IPS debe ingresar a nuestro Portal Web www.famisanar.com con opción Famisanar en Línea para legalizar y obtener el número de autorización respectivo. Si no tiene clave de acceso comunicarse al teléfono 3078089 en Bogotá o al 01 8000 113 264 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.
VALIDO POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE PREAUTORIZACIÓN.

Referencia - Cuenta Medica:
Registro impreso por: OLGA ALEJANDRA MONTANO

REMISION

Fecha de Atencion: 2023-02-14

Sede: CAS CAFAM ZIPAQUIRA

Paciente: WALTER ALONSO MURILLO ZABALA

Contrato: OPER LOGISTICO CREAR MAS VIDA-UBATE

ID: 1056798261

Tipo de Usuario: COTIZANTE

Plan: CONTRIBUTIVO

Solicitada por: CLARA AMEZQUITA MONTANO - NEUMOLOGIA

Semanas: 4

Sede Afiliado: CAS CAFAM

Diagnóstico Ppal.: J60X

Diagnóstico Rel-1: E660

Diagnóstico Rel-2: Q623

Diagnóstico Rel-3:

Especialidad Solicitada: 800 OTRAS

REMISION

*****SOLICITUD DE OXIGENO DOMICILIARIO ***** PACIENTE DE 36 AÑOS DE PROFESION MIE
OXOIGENO DOMICILIRIO A RAZON DE 2 LITROS POR MINUTOS POR CANULA NASAL A PERMENENCIA POR 12 HORAS NOCTURNO CRITERIOS
HIPOERTENSION PULMOANR LEVE Y CLINICOS DE DISNEA Y TOS PERSISTENTE CON PARACILA MEJORIA TIENE PENDIENTE CAMINATA PARA
AL EJERCICIO Y POSIBLE DESATURACION DURANTE EL MISMO AUTORIZACION POR 56 MESES SE IDICA HUMEDIFICACION DE LA VIA AERA Y
BOENCODIALDORES DE ACUERDO A IDICACIONES TIENE CITA EN UN MES CON RESULTADOS, AGRADEZCO LE AYHUDEN PRA LA COSECU
DRA AMEZQUITA

 CLARA AMEZQUITA M.
M. INTERNA - NEUMOLOGIA
R.M. 8017 Bogotá
C.c. 40009834 Tunja

Profesional: CLARA AMEZQUITA MONTANO - 6017

Fecha: 14/02/2023 Hora: 13:06:09 Ciudad: ZIPAQUIRA

Copia Paciente - Este documento NO ES VALIDO para la prestación del servicio

TU DERECHO:

Recibir un trato digno en el acceso a los servicios de salud.

3... Suministrar d
y suficien
requiera par