

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 25/04/2023 16:22:44
 Autorizada el: 25/04/2023 16:52:14
 Impresa el: 25/04/2023 16:52:15

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 6656) 3174 - 204291404
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.20080031**OSORIO DE VALLEJO WALDINA**

Edad: 94

Fecha Nacimiento: 01/02/1929

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: MZ 11 CS 7 BARRIO PADRE VALENCIA

Departamento: RISARALDA 66

Municipio: PEREIRA 001

Teléfono afiliado: (6) - 3203013

Teléfono celular afiliado: 3006541270

Correo electrónico: egosefra98@gmail.com

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

Solicitado por: SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS SAS CLINICA SAN RAFAEL MEGACENTRO-SIMULTANEIDAD

Nit: 900342064 - 3

Código: 660010158701

Dirección: CALLE 12 # 18-50 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: 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:	I698	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS
-----	------	--

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 \$4.100

SE AUTORIZA PAQUETE DE O2 DOMICILIARIO X CN A 2 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS ,DIRECCION MANZANA 11 CASA 7 BARRIO ,PADRE VALENCIA PEREIRA 3006541270-

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: 3174-256168643
 Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO