

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 05/06/2023 11:16:31  
 Autorizada el: 05/06/2023 11:27:13  
 Impresa el: 05/06/2023 11:27:14

No. Solicitud: NO REPORTADO  
 No. Autorización: (POS - 7237) 3174 - 207650704  
 Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.26675346****SALDAÑA PEINADO MARLENE**

Edad: 74

Fecha Nacimiento: 12/01/1949

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 58B NUMERO 129C 05

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono afiliado: (1) - 2539001

Teléfono celular afiliado: 3134079520

Correo electrónico: claquintero20@gmail.com

I.P.S. Primaria: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA

Solicitado por : FUNDACION ABOOD SHAI0

Nit: 860006656 - 9

Código: 110010644701

Dirección: DIAGONAL 115A N° 70C-75

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1) - 5938210

Ordenado por: MENDOZA B FERNAN

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

Di:	1500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
-----	------	-----------------------------------

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**

DIRECCION:KR 58 B 129 C 05 APT0 302.BARRIO:CIUDAD JARDIN NORTE LOCALIDAD DE SUBA.REFRENECIAS:CLAUDIA QUINTERO - ANGEL QUINTERO.CELULARES:3134079520 - 3144421416.VALIDO JUNIO 2023, OXIGENO X CANULA NASAL X 3LTS/MIN/24H, SE SOLICITA BALA PORTATIL PARA EGRESO HOSPITALARIO

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: FRENCY ARELIZ ROIS MUÑOZ  
 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: 3174-260249999  
 Registro impreso por: FRENCY ARELIZ ROIS MUÑOZ