

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 06/10/2023 16:42:48
 Autorizada el: 06/10/2023 16:55:47
 Impresa el: 06/10/2023 16:55:49

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 9035) 3174 - 218397800
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.18410433**LONDOÑO LONDOÑO IVAN ALBERTO**

Edad: 65

Fecha Nacimiento: 03/06/1958

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)

Dirección Afiliado: KR 10 CS 24 27 RONCON SANTO

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono afiliado: (6) - 3186363152

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: SUBSIDIADO-RED SALUD ARMENIA ESE UNIDAD IN'

Solicitado por: SUBSIDIADO-CLINICA LA SAGRADA FAMILIA S.A.S

Nit: 901352353 - 3

Código: 630010174101

Dirección: CRA 15 CL 10 ESQUINA

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono: (6) - 7466262

Ordenado por: GRABADOZ ALDEMAR YANETT

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

U440 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E990242	1	PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL MENSUAL (EN CILINDROS Y/O CONCENTRADOR) CON PORTATIL PERMANENTE

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 3 LITROS CON HUMIDIFICADOR, 24 HORAS AL DIA, 7 DIAS A LA SEMANA POR TIEMPO INDEFINIDO.

SE SOLICITA CONCENTRADOR DE OXIGENO, BALA DE TRANSPORTE Y BALA DE RESERVA, CANULA NASAL, HUMEDIFICADOR CRA 10 CALLE 2 #9 - 38

Manejo integral según guía: (NO MENIA - QUINDIO ENRIQUE, TEL. 3025503994

 Firma Afiliado o Acudiente

 Autorizador: JHON SEBASTIAN GOMEZ ANDRADE
 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: 3174-273434923
 Registro impreso por: JHON SEBASTIAN GOMEZ ANDRADE