

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 19/08/2024 13:21:52
 Autorizada el: 19/08/2024 16:54:52
 Impresa el: 19/08/2024 16:54:52

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 10022) 3174 - 247746948
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.24317475**MORALES RESTREPO MARIA HERLINDA**

Edad: 67

Fecha Nacimiento: 01/02/1957

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)

Dirección Afiliado: KR 38 B 68 70 PIO XII

Departamento: CALDAS 17

Municipio: MANIZALES 001

Teléfono afiliado: (6) - 8786662

Teléfono celular afiliado: 3104644940

Correo electrónico: sandramm26@gmail.com

I.P.S. Primaria: U.T. VIVA MANIZALES SEDE LAURELES

Solicitado por: SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS

Nit: 890807591 - 5

Código: 170010010301

Dirección: CL 48 # 25 - 71

Departamento: CALDAS 17

Municipio: MANIZALES 001

Teléfono: (6) - 884 9999 opción 1;whatsapp 312 52

Ordenado por: QUINTERO CARDONA CARLOS**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: U960

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E999404	1	ALQUILER MENSUAL DE EQUIPO CPAP CON HUMIDIFICADOR Y MASCARA (PRIMER SERVICIO)

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$1

CARRERA 38B # 68 - 70/MANIZALESPIO XII CEL:3104644940 SANDRA MILENA RODRIGUEZ MORALES (HIJA)***AUTO C-PAP CON PRESIÓN ENTRE 6-16 CMS DE AGUA CON MÁSCARA TALLA M ORONASAL MÁS OXIGENO A 2 LITROS/MINUTO LECTORA DE TARJETA EN 48 HORAS PARA DEFINIR PRESIÓN ÓPTIMA.

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARISOL BAUTISTA JUNCA**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: 3174-309200200
 Registro impreso por: MARISOL BAUTISTA JUNCA