

Cordial Saludo,

En respuesta a la solicitud de prestación de servicios para nuestro afiliado:
LOAIZA ZARTA DESIDERIO ABEL(CC. 17698274)

NUEVA EPS S.A. Le informa que esta solicitud ha sido devuelta por:
9-SERVICIO DUPLICADO Y/O YA TRAMITADO.. Usuario en PGP con OXIPRO SAS para oxigeno, se recibe orden media para continuidad de oxigeno..

Datos de Afiliación:

Identificación..... : CC 17698274
Tipo Afiliado..... : COTIZANTE
Estado de afiliación :ACTIVO
Categoria..... :A
Semanas Cotizadas... :702
IPS Primaria..... :UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS RESTREPO

Datos de Radicación:

No.: 281223982
IPS Solicitante: CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD - HOSPITAL
UNIVERSITARIO MAYOR-MEDERI
Fecha de Solicitud del Servicio: 22/12/2023
Fecha Radicacion: 22/12/2023
Servicio: Código E990246, Descripción PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE
OXIGENO MEDICINAL (EN CILINDROS Y O CONCENTRADOR) CON PORTATIL
PERMANENTE INCLUIDO EL TRANSPORTE

RADICACION DE SOLICITUD DE SERVICIOS

nueva
eps
gente cuidando gente

Solicitada el: 22/12/2023 09:53:03
Radicada el: 22/12/2023 09:56:21
Impresa el: 22/12/2023 09:56:23

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-11775) 0746-281223982
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.17698274

LOAIZA ZARTA DESIDERIO ABEL

Edad: 77

Fecha Nacimiento: 22/09/1946

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CL 48 SUR N 13 G 41 ESTE B

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono afiliado: (1) - 2615544

Teléfono celular afiliado: 3132664340

Correo electrónico: pbermalloiza@gmail.com

I.P.S. Primaria: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS

Solicitado por: CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD - HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR-MEDERI

Nit: 900210981 - 6

Código: 110011864201

Dirección: CL 24 N° 29-45

Departamento: DISTRITO CAPITAL 11

Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Teléfono: (1) - 6015529200

Ordenado por: PERLAZA MUÑOZ JULIETA

Remitido a: *****

Nit:

Código:

Dirección:

Departamento:

Municipio:

Teléfono:

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: C155 TUMOR MALIGNO DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
E990246	1	PAQUETE INTEGRAL DE SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL (EN CILINDROS Y/O CONCENTRADOR) CON PORTATIL PERMANENTE INCLUIDO EL TRANSPORTE

5 días hábiles
Tel: 3077022
OPC 1-1

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

Manejo integral según guía: NO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: ANA SIXLEY RINCON ROPERO
Teléfono:
Cargo o Actividad:

Este Documento no implica la autorización del servicio, sino el acuse de recibo a la Solicitud. PARA INFORMACION COMUNICARSE con NUEVA EPS al teléfono 3077022 en Bogotá o al 018000954400 resto del país.



Su respuesta será entregada a partir del 25/12/2023 07:56:00 am

Registro impreso por: ANA SIXLEY RINCON ROPERO



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: LOAIZA ZARTA, DESIDERIO ABEL, Identificado(a) con CC-17698274			
Edad y Género: 77 Años, Masculino	Segundo Identificador: 22/09/1946		
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/COTIZANTE CONTRIBUTIVO	Nombre de la Entidad: NUEVA EPS SA		
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA HUM	Habitación:	Identificador Único: 1188664-10	
Estructura Administrativa: HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM)			

Diagnóstico: C155: TUMOR MALIGNO DEL TERCIO INFERIOR DEL ESOFAGO

REHABILITACION				
Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
21/12/2023 10:53	Oxigeno Domiciliario		1	Paciente con requerimiento de oxigeno permanente a 2 litros por minuto, con desplazamientos prolongados para asistir a citas medicas. Consideramos concentrador portatil / Paciente con requerimiento de oxigeno permanente a 2 litros por minuto, con desplazamientos prolongados para asistir a citas medicas. Consideramos concentrador portatil

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: LIZETH RODRIGUEZ SANCHEZ, CIRUGIA DE TORAX, CC: 52354218, Reg: 52354218

Firmado Electrónicamente

HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR (HUM)

Dirección: CLL 24 N 29 -45 -Telefono:5600520 BOGOTA D.C. - 0001 - Web: www.mederi.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

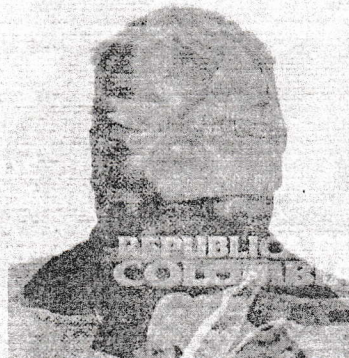
NUMERO **17.698.274**
LOAIZA ZARTA

APELLIDOS
DESIDERIO ABEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1946**

PURIFICACION
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

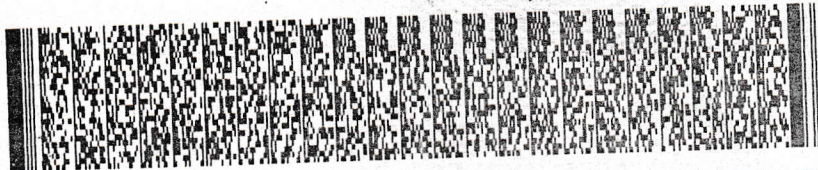
1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

15-OCT-1968 PUERTO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00200146-M-0017698274-20091126

0018338406A 1

1300114607