

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 16/07/2024 11:59:50
Autorizada el: 16/07/2024 12:16:25
Impresa el: 16/07/2024 12:16:26

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 6656) 3174 - 244337688
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.28563003**PEÑA DE FLOREZ MARIA DEL ROSARIO****Edad:** 80**Fecha Nacimiento:** 23/07/1943**Tipo afiliado:** BENEFICIARIO (A)**Dirección Afiliado:** CL 13 9 33**Departamento:** RISARALDA 66**Municipio:** PEREIRA 001**Teléfono afiliado:** (6) - 3347626**Teléfono celular afiliado:** 3176448559**Correo electrónico:** erikg57@gmail.com**I.P.S. Primaria:** INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA**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) - 606 3275710;whatsapp3175104224**Ordenado por:** FORTICH BARRIOS FERNAN JOSE**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:** J441 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA

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

SE AUTORIZA PAQUETE DE O2 DOMICILIARIO X CN A 2 LTR X MINU 24 HRS AL DIA X 180 DIAS, DIRECCION CARRERA 16 #44-25 PISO 2 SECTOR EL CRUCE DOSQUEBRADAS 3206784221 - 3176448559

Manejo integral segun guía: NO

CAPITACION IPS PRIMARIA

Firma Afiliado o 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: 3174-304675865
Registro impreso por: LEIDY JOHANA BUENO HENAO