

# OXÍGENO



Sede: FUND SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA

Fecha de Atención-22/12/2023

Paciente: LEONOR COLMENARES  
DEVALDIVIESO

ID: CC37790626

Sexo: F

Contrato: FOMAG-SERVISALUD QCL PACIENTE  
CONSENTIDO

Plan: OTROS

Semanas: 100

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO

Sede Afiliado: Servisalud QCL Campin

Rango: 1

Dirección: KR 78 K3959 SUR BLOQ 10 APTO 503

Teléfono: 8128865 317 / 3223288674

Solicitada por: OSCAR ORLANDO SANABRIA RODRIGUEZ Dx: R060 - DISNEA

## Metodo

## Flujo L/m

## Indicaciones

Canula Nasal

2

Oxigeno suplementario por cánula nasal 2 litros minuto, 24 horas diarias. Permanente. Orden por 12 meses enero 2024 hasta diciembre 2024 - diagnostico cor pulmonar - 2L/min

Profesional: OSCAR ORLANDO SANABRIA RODRIGUEZ - RM No. 79530683 - Firmado Electrónicamente.

Datos de Impresión - Fecha: 22/12/2023 - Hora: 14:46 PM -



SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA  
Nit. 830.108.095-6  
Cra. 46#94-17 Castellana  
Tel. 4431360 - 3212093952

Tramitar en: \_\_\_\_\_

Válido hasta: \_\_\_\_\_



Fondo Nacional de  
Prestaciones Sociales del Magisterio  
FOMAG FIDUPREVISORA S.A  
NIT: 830.053.105-3

Fecha de Autorización: 2024-08-01  
Régimen: Especial / Número de Orden: 1500658  
IPS Primaria: SERVISALUD QCL OCCIDENTE



<b>Nombre Paciente</b>		<b>Sexo</b>	<b>Identificación</b>	<b>Edad</b>	<b>Nacimiento</b>
COLMENARES DE VALDIVIESO LEONOR		F	CC - 37790625	77	1947-01-25
<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo</b>	<b>Municipio</b>		
	- 0	0	BOGOTA-BOGOTA, D C		
<b>Nombre Prestador</b>			<b>Dirección</b>		
OXIPRO AVENIDA CHILE - 33275			CR 12 # 71- 32 OF 702 C		
<b>NIT</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Cod Habilitación</b>	<b>Municipio</b>	<b>Diagnostico DX</b>	
900481014	3002106020-4672264/65	1100136229	BOGOTA, D.C-BOGOTA	R060	
<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Observación</b>		

S55284

paquete integral de oxigeno (incluye concentrador)

1

OXIGENO SUPLEMENTARIO POR  
CANULA NASAL 2L POR MINUTO,  
24 HORAS DIARIAS,  
PERMANENTE. ORDEN POR 12  
MESES ENERO 2024 HASTA  
DICIEMBRE 2024 - DIAGNOSTICO  
COR PULMONAR - 2L/MIN

**IMPORTANTE:** AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 120 DIAS DESPUES A LA FECHA DE SU EXPEDICION, UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE FOMAG. (Resolucion 4331 de 2012)

NOTA AUDITORIA:

Firma del Medico que Ordena

Firma del Usuario

Firma de quien Transcribe

Transcripción

Funcionario que Imprime: 1022369752@fomag.com  
Fecha Impresión: 2024-08-01 04:35:39