

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS**

Solicitada el: 27/10/2024 08:30:15  
Autorizada el: 27/10/2024 10:25:09  
Impresa el: 27/10/2024 10:25:10

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: (POS - 8014) 3174 - 254978733  
Código EPS: EPS037

**Afiliado: CC.41922368****RESTREPO ROJAS ARGENIS**

Edad: 74

Fecha Nacimiento: 26/01/1950

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: BARRIO 25 DE MAYO MZ N CS 1

Departamento: QUINDIO 63

Municipio: ARMENIA 001

Teléfono afiliado: (6) - 7480549

Teléfono celular afiliado: 3218640912

Correo electrónico: vasamaes100@gmail.com

I.P.S. Primaria: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME S/

**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:** PARRA JOSE ALEXANDER**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: R060

DISNEA

Dx: J509

INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA

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

**Afiliado cancela de C.Moderadora \$4.500**

DIRECCIÓN: BARRIO 25 DE MAYO MZ N CASA 1 - ARMENIA  
RESPONSABLE: ALBA RESTREPO TELÉFONO: 3218640912 - 3136090256\*\*\*OXIGENO X CANULA NASAL A 2 TR/MIN 24 H/DIAS\*\*VALIDO OCTUBRE.

**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: 3174-317742810  
Registro impreso por: MARISOL BAUTISTA JUNCA