

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 16245-2152538393

Fecha y Hora: 30 Oct 2021 08:31 AM

ENTIDAD REPOSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS

Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania

Documento : 3074615

Nombre : JOSE ALIRIO SANCHEZ

Fecha Nacimiento : 05 Jul 1956

Dirección : CALLE69BBISASUR 22 83

Telefono : 4553484

Departamento : BOGOTA

Municipio : Bogota

Telefono Celular : 3016775004

E-Mail : olgapaniet@gmail.com

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : OFTALMOHELP - UNIVER

Nit : 900033752

Código : 16245

Dirección : CR 50 96 47

Telefono : 7421919

Municipio : Bogota

Departamento : BOGOTA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización

Regimen : Contributivo - POS - Evento

Motivo : Ninguno

Fecha Vencimiento : 28 Abr 2022

Diagnosticos : H26.9

Nap Anterior : 16245-2141775360

Ubicación paciente : Ambulatorio

No. Solicitud : 10302021018514

Origen Servicio : Enfermedad General

No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
8903760800	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora

Valor : 3500

Semanas Cotizadas : 8

Porcentaje :

Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : KatherineMA

Cargo o Actividad : Cargo General

Telefono :

Telefono :

Telefono Celular :

Dirección :

Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

