



## Información de la atención y servicios solicitados

- Categoría :** Otros servicios
- IPS Remitente :** NIT: 805027337 - RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ES
- Fecha de la Orden :** 2025-07-07
- Número del Caso :** 12328987
- Causa que Motiva la Atención :** Otro tipo de accidente
- Prioridad de la Atención :** No prioritaria
- Tipo de Atención Solicitada :** Servicios y tecnologías de salud electivos o programa
- Diagnóstico Principal :** EXAMEN MEDICO GENERAL
- Tipo de Servicio :** Servicios y tecnologías de salud electivos o programables no prioritaria
- Modalidad :** Intramural
- Observaciones :** [Ver Observaciones](#)
- Condición y Destino de la Persona :** Paciente con destino a su domicilio
- Finalidad de la Tecnología de Salud :** Valoracion integral para la promocion y m
- IPS de Atención :** NIT: 805027337 - RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL E
- Sede de Atención :** NIT: 805027337 - E.S.E. RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOC
- Servicios solicitados :** MAMOGRAFÍA BILATERAL - cantidad: 1
- Tipo de pago :** Copago
- Valor del Servicio :** 60000

## Información de la atención y servicios solicitados

**Categoría :**

**IPS Remitente :**

**Fecha de la Orden :** 2025-07-07

**Número del Caso :**

**Causa que Motiva la Atención :**

**Prioridad de la Atención :**

**Tipo de Atención Solicitada :**

**Diagnóstico Principal :**

**Tipo de Servicio :**

**Modalidad :**

**Observaciones :**

**Condición y Destino de la Persona :**

**Finalidad de la Tecnología de Salud :**

**IPS de Atención :**

**Sede de Atención :**

**Servicios solicitados :**

**Tipo de pago :**

**Valor del Servicio :**

## Información de la atención y servicios solicitados

**Categoría :**

**IPS Remitente :**

**Fecha de la Orden :** 2025-07-07

**Número del Caso :**

**Causa que Motiva la Atención :**

**Prioridad de la Atención :**

**Tipo de Atención Solicitada :**

**Diagnóstico Principal :**

**Tipo de Servicio :**

**Modalidad :**

**Observaciones :**

**Condición y Destino de la Persona :**

**Finalidad de la Tecnología de Salud :**

**IPS de Atención :**

**Sede de Atención :**

**Servicios solicitados :**

**Tipo de pago :**

**Valor del Servicio :**