

AUTORIZACION ENVIADA POR CORREO ELECTRONICO, VALIDA PARA FACTURAR SIN SELLO Y SIN STIKER (VIGENTE POR 10 DIAS HABILES (NO CUENTAN SABADOS, DOMINGOS NI FESTIVOS), A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION - AUTORIZACION NO RENOVABLE

RECIBIDO POR

[Signature]

CMDRALESV



SEÑORES:

805025635 CENTRO MEDICO AFICENTER SAS
SEDE: CENTRO MEDICO AFICENTER SAS
TEL: 3044571788
CRA 43A # 5 A 30
CALI

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

SINIESTRO: 20100061819	FECHA: 2018/03/18	FECHA DE EXPEDICIÓN 2024/04/05 09:04:24	AUTORIZACIÓN No. 4800811
SÍRVASE PRESTAR A NUESTRO USUARIO:			
AFILIACIÓN: 179165		CEDULA CIUDADANIA: 94373422	ALDEMIR HURTADO GONZALEZ

INFORMACIÓN DEL SERVICIO

MÉDICO REMITENTE: 960286774 WOUND CLINIC S.A.S.

CÓDIGO	SERVICIO
28	TERAPIA FISICA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
298	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS
T913	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL
S131	LUXACION DE VERTEBRA CERVICAL

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA TTERAPIA FISICA INTEGRAL SOD CANT 12 SESIONES
REMITE DR GUSTAVO A GONZALES MED DOMICILIARIO PARA 3 MESES 05/03/2024 PRIMER ENTREGA DE 3
1/3
AUTORIZACION ENVIADA POR CORREO ELECTRONICO, VALIDA PARA FACTURAR SIN SELLO Y SIN STRIKER,
VIGENTE AUTORIZACION POR 90 DIAS HABLES (NO CUENTAN SABADOS, DOMINGOS NI FESTIVOS). A
PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION - AUTORIZACION NO RENOVABLE.

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:

CMORALESV

