

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 02/06/2021 11:11:57  
**Autorizada el:** 07/06/2021 12:10:34  
**Impresa el:** 22/06/2021 13:29:39

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-57791162  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 21087101 OLARTE CRUZ ELVIA DALIDA

**Edad:** 57.5.22 **Fecha** 15/12/1963 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección** CLL 90 N 95 D 37 BARRIO BACHUE **Departament** CUNDINAMARCA(25) **Municipi** VERGARA(862)  
**Teléfono Afiliado:** 1-NT **Celular** 3114671527  
**Correo** OLARTEOMAIRA7@GMAIL.COM

**Solicitado** OXIPRO S.A.S

**Nit:** 900481014 0 **Código:** 000000000000

**Dirección:** KR 12 71 32 OF 702 A

**Teléfono** 1-4320520 **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipi** BOGOTA(001)

**Ordenado** INSTITUCIONAL

**Remitido a:** OXIPRO S.A.S

**Nit:** 900481014 0 **Código:** 000000000000

**Dirección:** KR 12 71 32 OF 702 A

**Teléfono** 1-4320520 **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipi** BOGOTA(001)

**Ubicación** CONSULTA EXTERNA

**Origen** ENFERMEDAD GENERAL **Manejo Integral según** No

Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-91010208	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO

Afiliado Cancela de C.Moderadora \$3,500  
 CORREO DEL 2/06/2021 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO//VALIDO PARA EL MES DE JUNIO

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

**Firma Afiliado o Acudiente**

**E.P.S. FAMISANAR S.A.S**

**Autorizador:** CATALINA DEL PILAR FLOREZ CORTES

**Cargo o** ANALISTA SENIOR OPERACIONES SALUD

Valido por 30 días a partir de la fecha de Autorización.

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.

Registro impreso por: CLAUDIA LILIANA ROBLES

Referencia - Cuenta Médica: 222-74423792