

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 02/02/2022 19:04:58  
**Autorizada el:** 09/02/2022 20:06:28  
**Impresa el:** 20/02/2022 14:32:42

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-64133084  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 19187037 TRUJILLO TRUJILLO EFRAIN

**Edad:** 69.7.23 **Fecha Nacimiento:** 16/06/1952 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección Afiliado:** CRA 5 57 14 APT 603 SUR CASA **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1- **Celular** 3054529452  
**Correo** MAYERLINQUINTANILLA@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) **Municipio** 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) **Municipio** 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 \$3,700

CORREO DEL 02/02/2022 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO  
 ///VALIDO PARA EL MES DE FEBRERO

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 60 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: 222-82986634