

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 05/01/2022 07:53:45  
**Autorizada el:** 15/01/2022 09:15:35  
**Impresa el:** 23/01/2022 14:10:21

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-63524286  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 2373339 MARIN ARIZA SEGUNDO FILEMON

**Edad:** 81.0.14 **Fecha Nacimiento:** 31/12/1940 **Tipo Afiliado:** BENEFICIARIO (B)  
**Dirección Afiliado:** CLLN 3A 89 ESTE **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1- **Celular** 3102503579  
**Correo** NUBIAMARIN1603@HOTMAIL.CON

**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 \$14,700  
 CORREO DEL 05/01/2022 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO///VALIDO PARA EL MES DE ENERO

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: 222-82096499