

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 02/09/2022 12:27:13  
**Autorizada el:** 08/09/2022 13:54:45  
**Impresa el:** 09/09/2022 09:08:28

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-69732945  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 19182634 RAMIREZ LOPEZ LUIS HERNAN

**Edad:** 69.9.27 **Fecha** 11/11/1952 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección** CR 80 I 50 K 03 SUR SAN ANTONIO **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipi** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1-3133315214 **Celular** 3133315214  
**Correo**

**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 \$3,700  
 CORREO DEL 1/09/2022 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO//  
 VALIDO PARA EL MES DE SEPTIEMBRE

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: 222-91157981