

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 03/01/2023 06:14:15  
**Autorizada el:** 10/01/2023 08:35:08  
**Impresa el:** 10/01/2023 17:06:33

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-72818618  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** RC 1011256604 BABATIVA ZULUAGA JERONIMO

**Edad:** 3.7.4 **Fecha Nacimiento:** 06/06/2019 **Tipo Afiliado:** BENEFICIARIO (A)  
**Dirección Afiliado:** CALLE 84C SUR N 80I 53 **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1- **Celular** 3168692538  
**Correo** ANGIEZULUAGA0501@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 \$4,100  
 CORREO DEL 03/01/2023 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: 222-95436006