

# AUTORIZACION DE SERVICIOS

Página 1 de 1

**Solicitada el:** 03/01/2023 06:14 **N° Solicitud** NO REPORTADO  
**Autorizada el** 10/01/2023 08:35 **N° Autorización** (POS) 222-72818618  
**Impresa el:** 10/01/2023 16:46 **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 **Departamento:** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio:** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1-3168692538 **Teléfono celular** 3168692538  
**Correo Electrónico:** ANGIEZULUAGA0501@GMAIL.COM

**Solicitado por:** OXIPRO S.A.S

**Nit:** 900481014-0 **Código:** 000000000000  
**Dirección:** KR 12 71 32 OF 702 A **Departamento:** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio:** BOGOTA(001)  
**Teléfono:** 1-4320520  
**Ordenado** INSTITUCIONAL

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

**Nit:** 900481014-0 **Código:** 000000000000  
**Dirección:** KR 12 71 32 OF 702 A **Departamento:** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio:** BOGOTA(001)  
**Teléfono:** 1-4320520

**Ubicación Paciente:** CONSULTA EXTERNA

**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL

**Manejo Integral según Guía:** No

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

**CORREO DEL 03/01/2023 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO// VALIDO PARA EL MES DE ENERO**

[ AUTORIZACION EN FORMATO PDF. VALIDA SIN SELLO NI FIRMA ]

**Afiliado Cancela de C.Moderadora \$4,100**

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR  
Autorizador CATALINA DEL PILAR FLOREZ CORTES  
Cargo o Actividad: 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: JERONIMO BABATIVA ZULUAGA

Referencia - Cuenta Médica: 222-95436006