

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 03/01/2023 06:14:15  
**Autorizada el:** 10/01/2023 07:50:15  
**Impresa el:** 13/01/2023 18:46:55

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-72815014  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 11339980 CASTAÑEDA NESTOR

**Edad:** 69.10.23 **Fecha Nacimiento:** 17/02/1953 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)  
**Dirección Afiliado:** ARD SUSAGUA COGUAA F **Departament** CUNDINAMARCA(25) **Municipio** ZIPAQUIRA(899)  
**Teléfono Afiliado:** 1- **Celular** 3124256673  
**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) **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 NO cancela valor de Copago (SISBEN-1)  
 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. FAMILANAR 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: 222-95431617