

**SOLICITUD MEDICA  
OXIGENO**



**Sede: CALLE 48**  
Paciente: **MIRIAM DEL CARMEN GARCIA DE** ID: **CCO000784**  
**BOHARIEZ**  
Carné: **PERUANA POS-CAP BOGOTA - 18** Plan: **CONTRIBUTIVO**  
Tipo de Usuario: **COFINANTE** Sexo: **MUJER** CALLE 48  
Direccion: **CALLE 48 N° 1014 - FLORESCITA** Teléfono: **004954078-21009704**  
Indicada por: **MIRIAM ANGELA SANCHEZ JARAMILLO** Dr. **MD**

Motivo	Pago Lin	Indicaciones
Cambio Nivel	2	ORDENADO POR CAMBIO A NIVEL 2 OTRO POR MINUTO POR 24 HORAS AL DIA, CON SALA DE TRANSPORTE DONDE CUENTA CON CABERTE DE TRABAJO Y 4 RECAMARAS AL MES, PERMANENTE, SALA GRANDE PERMANENTE Y CONDENSADOR DONDE CUENTA PERMANENTE POR 8 MESES POR EPISODIO CONSECUTIVO. 24hrs - 24hrs

Profesional: **MIRIAM ANGELA SANCHEZ JARAMILLO - RM No. 52032226 - Firmado Electrónicamente**  
Fecha de impresión: **Fecha: 08/05/2024 Hora: 10:25 AM**

*Oxígeno*

**SUBDIRECCION DE SALUD**  
**DRG. MIRIAM ANGELA SANCHEZ JARAMILLO**  
MIRIAM SANCHEZ JARAMILLO - C.E. 07 532 739

AUTORIZACION DE SERVICIOS

Página 1 de 1

Solicitada el: 03/01/2024 14:11 N° Solicitud: NO REPORTADO  
Autorizada el: 12/01/2024 14:31 N° Autorización: (PDF) 223-78001891  
Impresa el: 26/01/2024 12:05 Código Epic: EP0017

Afiliado: CC 20285764 GARCIA DE BERMUDEZ MARIA DEL CARMEN  
Edad: 52.8.5 Fecha Nacimiento: 07/07/1941 Tipo Afiliado: COTIZANTE (M)  
Dirección Afiliado: CLS 89 88 D 18 1 FLORESTA DC Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BONOPLANTO  
Teléfono Afiliado: 1-015257752 Teléfono celular: 813267030  
Correo Electrónico: DAVIDCERVA@GMAIL.COM

Solicitado por: OXPRO S.A.S  
NIT: 802481014-0 Código: 000000000000 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BONOPLANTO  
Dirección: AV 10 71 30 OF 702 A  
Teléfono: 1-801420200  
Ordenado: INSTITUCIONAL

Remitido a: OXPRO S.A.S  
NIT: 802481014-0 Código: 000000000000 Departamento: DISTRITO CAPITAL(11) Municipio: BONOPLANTO  
Dirección: AV 10 71 30 OF 702 A  
Teléfono: 1-801420200

Ubicación Paciente: CONSULTA EXTERNA Manejo Integral según Ocu: No  
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Código	Cantidad	Descripción Servicio
PROPLAS-810742008	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO

CORREO DEL 03/01/2024 PROCESO BACK OFFICE (ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXPRO // VALIDO PARA EL MES DE ENERO

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

Afiliado Cancela de C. Moderadora \$4.500

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMIASAN  
Autorizada: CATALINA DEL PILAR FLOREZ COSTES  
Cargo o Afiliado: ANALISTA GESTION RIESGO GENERAL

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: MARIA DEL CARMEN GARCIA DE BERMUDEZ  
Referencia - Cuenta Médica: 223-105818179