

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 04/08/2021 14:54:53  
**Autorizada el:** 12/08/2021 16:31:11  
**Impresa el:** 22/08/2021 11:48:27

**N°. Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 222-59670676  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 41447053 BERNAL SIERRA SONIA IDA

**Edad:** 73.1.19 **Fecha Nacimiento:** 23/06/1948 **Tipo Afiliado:** 2DO.COTIZ. (A)  
**Dirección Afiliado:** CLL 148 16A 45 NORTE 1 **Departament** DISTRITO CAPITAL(11) **Municipio** BOGOTA(001)  
**Teléfono Afiliado:** 1- **Celular** 3124985865  
**Correo** MATOFI561@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 No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago  
 CORREO DEL 4/08/2021 PROCESO BACK OFFICE //ORDENADOR DEL GASTO SIN DATOS //PLANILLA ENVIADA POR OXIPRO//  
 VALIDO PARA EL MES DE AGOSTO

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: 222-76925589