

# Autorización de Servicios



**Solicitada el:** 28/07/2021 16:28:40  
**Autorizada el:** 04/08/2021 15:59:20  
**Impresa el:** 24/08/2021 10:32:03

**N° Solicitud:** NO REPORTADO  
**N° Autorización:** (POS) 247-59454367  
**Código Eps:** EPS017

**Afiliado:** CC 11426232 ESTUPIÑAN JORGE ENRIQUE

**Edad:** 70.1.19 **Fecha** 15/06/1951 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección** KM 4 VIA MOSQUERA LA MESA **Departament** CUNDINAMARCA(25) **Municipi** MOSQUERA(473)  
**Teléfono Afiliado:** 1-3115995545 **Celular** 3115995545  
**Correo** PATRICIAEV13@HOTMAIL.COM

**Solicitado** HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA

**Nit:** 832010436 9 **Código:** 254730030301

**Dirección:** CALLE 3 N° 2-15 ESTE

**Teléfono** 1-8932394 exte 103 - 103 **Departament** CUNDINAMARCA(25) **Municipi** MOSQUERA(473)

**Ordenado** NATHALI RODRIGUEZ

**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) **Municipi** BOGOTA(001)

**Ubicación** CONSULTA EXTERNA

**Origen** ENFERMEDAD GENERAL

**Manejo Integral según**

Código	Cantida	Descripción Servicio	Lateralidad
PROPIAS-91010208	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO	NO APLICA

Afiliado Cancela de C.Moderadora \$3,500

OM//28/07/2021- SOLICITA BALA GRANDE- BALA PEQUEÑA DOMICILIARIA - MANOMETRO USUARIO OXIGENO DEPENDIENTE 2 L POR MINUTO -24 HORAS AL DIA OM//28/07/2021- SOLICITA BALA GRANDE- BALA PEQUEÑA DOMICILIARIA - MANOMETRO USUARIO OXIGENO DEPENDIENTE 2 L POR MINUTO -24 HORAS AL DIA

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

**Firma Afiliado o Acudiente**

**E.P.S. FAMISANAR S.A.S**

**Autorizador:** JOHANNA MARCELA PEDRAZA REYES

**Cargo o** PROFESIONAL AUTORIZACION RIESGO

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: 247-76508217