



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) **AYALA VILLANUEVA STELLA** identificado(a) con Cedula Ciudadania 28797000, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

<b>Fecha Afiliación</b>	<b>Fecha Retiro</b>
20220727	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de Agosto de 2.022

<b>Fecha Afiliación</b>	<b>Fecha Retiro</b>
20220727	No Registrada

Con destino a: A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: ELIANA MARITZA HINCAPIE  
19521742

CER-AFI

ORDENES CLÍNICAS      FECHA Y HORA DE SOLICITUD:2022-07-01 06:47:36  
10X - GESTIÓN DE INSUMOS  
No. OC19572280



**NO. AUTORIZACIÓN:**  
**PACIENTE:**STELLA AYALA VILLANUEVA  
**EPISODIO:** 44544612  
**EDAD:**52 A  
**ASEGURADORA PLAN:**PARTICULAR  
**UNIDAD MÉDICA:**10XM\_ADM

**PRESTADOR:**  
**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** CC  
**SEXO:** Femenino

**PRIORIDAD:**001  
**IDENTIFICACIÓN:**28797000  
**TIPO DE PACIENTE:**  
**TIPO DE ATENCIÓN:** Ambulatorio  
**CAUSA EXTERNA:** Enf. General  
**UE:** 11HC606

**DIAGNÓSTICOS:** I269

Código CUPS	Descripción	LAT.	Cantidad	Fecha Preferente
OX0016	OXIGENO PAQUETE BALA Y/O CONCENTRADOR OXIGENO POR CANULA NASAL 2 LPM 12 HORAS AL DIA. POR 6 MESES.	SIN	0001	

**Firma:** CUESTA PEREA NORIBETH  
**CC:** 35897089  
**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Firma:** RUIZ ORDONEZ ALEJANDRO  
**CC:** 79372189  
**Especialidad:** NEUMOLOGIA