

Solicitada el: 01/06/2023 19:58:21  
Autorizada el: 02/06/2023 20:13:00  
Impresa el: 02/06/2023 20:13:01

No. Solicitud: NO REPORTADO  
No. Autorización: **(POS) 222 - 75946963**  
Código EPS: EPS017

**Afiliado: CC.41528433 JIMENEZ DE URIBE JOSEFINA**

**Edad:** 81.2.8 **Fecha Nacimiento:** 24/03/1942 **Tipo afiliado:** COTIZANTE (A)  
**Dirección Afiliado:** CARRERA 5 31 SUR SOACHA **Departamento:** CUNDINAMARCA (25) **Municipio:** SOACHA (754)  
**Teléfono afiliado:** 1 - 3123210900 **Teléfono celular afiliado:** 3123210900  
**Correo electrónico:** uribeleonardo13@gmail.com

**Solicitado por :** MESSER COLOMBIA S.A.

**Nit:** 860005114 - 4 **Código:** 110011509902  
**Dirección:** AVENIDA 68 # 11 - 51 **Departamento:** DISTRITO CAPITAL (11) **Municipio:** BOGOTA (001)  
**Teléfono:** 1 - 4931100 - 018000124242

**Ordenado por:** FAMISANAR

**Remitido a :** OXIPRO S.A.S

**Nit:** 900481014 - 0 **Código:** 000000000000  
**Dirección:** KR 12 71 32 OF 702 A **Departamento:** DISTRITO CAPITAL (11) **Municipio:** BOGOTA (001)  
**Teléfono:** 1 - 4320520

**Ubicación del paciente:** CONSULTA EXTERNA  
**Origen:** ENFERMEDAD GENERAL

**Manejo integral segun guía:**

CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
ISS-2001-91010208	1	PAQUETE MENSUAL SUMINISTRO DE OXIGENO	NO APLICA

**Afiliado Cancela de C.Moderadora \$4,100**

RETOMA DE PROVEEDOR DE O2 MESSER POR CAMBIO DE CONTRATO, SERVICIOS PRESTADOS A PARTIR DE LA FECHA POR OXIPRO, [ AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA ]

\_\_\_\_\_  
**Firma Afiliado ó Acudiente**

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

**Autorizador:** MARITZA SUAREZ AVILA  
**Cargo o Actividad:** PROFESIONAL DE RIESGO

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.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

\* \* Referencia - Cuenta Medica: 222-99758320

**Registro impreso por: MARITZA SUAREZ AVILA**