

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Sociedad Clínica Emcosalud **CÓDIGO:** RES004

Nombre prestador: OXIPRO SAS-OXIPRO AVENIDA CHILE **Nit/CC:** 900481014
Código: 110013622901 **Dirección prestador:** CR 12 71 32 **Teléfono:** 3002106020
Departamento: BOGOTA 11 **Municipio:** BOGOTA 001

DATOS DEL PACIENTE
1er Apellido CONTRERAS **2do Apellido** GUTIERREZ **1er Nombre** CARLOS **2do Nombre** ANTONIO
Identificación: Registro Civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía Adulto sin identificación Cédula de extranjería
Pasaporte Menor sin identificación **Nivel Sisben** A **Número de Documento** 19234712 **Fecha de Nacimiento:** 27/01/1954
Dirección de Residencia Habitual: CLL 15 NO 18 74 TRR 2 AP 501 A **Teléfono:** 3102615678 **Celular:** 0
Departamento: CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** FACATATIVA 269 **Correo Electrónico:**
SERVICIOS AUTORIZADOS
Ubicación del Paciente: Consulta Externa Hospitalización Urgencias **Especialidad** NEUMOLOGIA
Manejo integral según Guía de : **Cama** **Diagnostico:** C780
Tipo Orden NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 1 **Fecha:** 28/04/2022 **Hora:** 15:23

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	PLAN PAC // CUOTA MODERADORA 0 // VB DR CACERES	\$ 0,00	\$ 0,00

PAGOS COMPARTIDOS
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago 100%
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización 69
Recaudo del prestador: Cuota moderadora Copago Cuota de recuperación Otro Cuál
Valor en pesos **Porcentaje (%)** **Vir. Anticipo** 0 **Valor máximo (Tope) en pesos**
Centro de Costo OXIGENOTERAPIA **Regimen** CONTRIBUTIVO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA
Nombre : SANDRA MILENA RODRIGUEZ PATAQUIVA **Teléfono:** 038 8632041 **Teléfono Celular:**
Caducidad de la Autorización: 30 días **Fecha:** 28/05/2022 **Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica**