

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	BARRERA	2do Apellido		1er Nombre	LUIS		
Identificación:	Registro Civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	Adulto sin identificación		
Cédula de extranjería	Pasaporte	Menor sin identificación					
Nivel Sisben	A	Número de Documento	276033	Fecha de Nacimiento:	25/08/1931		
Dirección de Residencia Habitual:	KRR 11 NO. 8-48 BRR ZAMBRANO		Teléfono:	3102053018	Celular:	3102053018	
Departamento:	CUNDINAMARCA	25	Municipio:	FACATATIVA	269		
Correo Electrónico:							
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del Paciente:	Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalización	Urgencias	Especialidad	ACTIVIDAD FISICO TERAPEUTICA	
Manejo integral según Guía de :			Cama		Diagnostico:	J449	
Tipo Orden	NORMAL	Número de Solicitud Origen:	1	Fecha:	9/12/2022	Hora:	05:20 p.m.
Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita	
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	SE AUTORIZA BALA PORTATIL	\$ 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					102		
Recaudo del prestador:	Cuota moderadora	<input checked="" type="checkbox"/>	Copago	Cuota de recuperación	Otro Cuál		
Valor en pesos		Porcentaje (%)		Vlr. Anticipo	0	Valor máximo (Tope) en pesos	
Centro de Costo	OXIGENOTERAPIA		Regimen	FERROCARRILES			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA							
Nombre :	MARCO AURELIO DAZA	Teléfono:	038 8632041	Teléfono Celular:			
Caducidad de la autorización: 60 días si está activo en Base de datos		Fecha:	07/02/2023	Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica			