

**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** LOBO

**2do Apellido** SIERRA

**1er Nombre** LUIS

**2do Nombre** ENRIQUE

**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** 1731301

**Fecha de Nacimiento:** 27/03/1947

**Dirección de Residencia Habitual:** KRR 7 NO. 3-03

**Teléfono:** 0

**Celular:** 3152481014

**Departamento:** CUNDINAMARCA 25

**Municipio:** FUSAGASUGA 290

**Correo Electrónico:**
**SERVICIOS AUTORIZADOS**
**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa

 Hospitalización

Urgencias

**Especialidad**

MEDICINA INTERNA

**Manejo integral según Guía de :**
**Cama**
**Diagnostico:**

J22X

**Tipo Orden**

ALTO COSTO

**Número de Solicitud Origen:** 1

**Fecha:** 01/07/2022

**Hora:** 10:42

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	SE AUTORIZA BALA PORTATIL MES DE JULIO 2022 // PLAN PAC // CUOTA MODERADORA 0 // VB DRA TATIANA SALAMANCA X 3 MESES	\$ 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

**78**

Recaudo del prestador: Cuota moderadora

 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 :** SANDRA MILENA RODRIGUEZ PATAQUIVA

**Teléfono:** 038 8632041

**Teléfono Celular:**
**Caducidad de la Autorización:** 30 días

**Fecha:** 31/07/2022

*Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica*