

<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Sociedad Clínica Emcosalud</b>				<b>CÓDIGO:</b> RES004		
<b>Nombre prestador:</b> OXIPRO SAS-OXIPRO AVENIDA CHILE				<b>Nit/CC:</b> 900481014		
<b>Código:</b> 110013622901		<b>Dirección prestador:</b> CR 12 71 32		<b>Teléfono:</b> 3002106020		
<b>Departamento:</b> BOGOTA		11		<b>Municipio:</b> BOGOTA		001
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
<b>1er Apellido</b> SANCHEZ		<b>2do Apellido</b> MARTIN EZ		<b>1er Nombre</b> GABRIELINA		<b>2do Nombre</b>
<b>Identificación:</b> Registro Civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		<input checked="" type="checkbox"/> Adulto sin identificación
Cédula de extranjería		Pasaporte		Menor sin identificación		
<b>Nivel Sisben</b> A		<b>Número de Documento</b> 51619098		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 20/06/1961		
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b>		KRR 86 B NO 14 35		<b>Teléfono:</b> 4245451		<b>Celular:</b> 3014229916
<b>Departamento:</b> BOGOTA		11		<b>Municipio:</b> BOGOTA		001
<b>Correo Electrónico:</b>						
<b>SERVICIOS AUTORIZADOS</b>						
<b>Ubicación del Paciente:</b> Consulta Externa		<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización		Urgencias		<b>Especialidad</b> NEUMOLOGIA
<b>Manejo integral según Guía de :</b>				<b>Cama</b>		<b>Diagnostico:</b> G473
<b>Tipo Orden</b> NORMAL		<b>Número de Solicitud Origen:</b> 1		<b>Fecha:</b> 3/11/2022		<b>Hora:</b> 02:41 p.m.
Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita
MASCARA ORONASAL	011-0065-000397	1	SE AUTORIZA CAMBIO DE MASCARA ORONASAL POR SOLICITUD NEUMOLOGIA WENDY RUBIANO	\$ 0,00	\$ 0,00	
<b>PAGOS COMPARTIDOS</b>						
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago						<b>100%</b>
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización						<b>96</b>
<b>Recaudo del prestador:</b> Cuota moderadora		<input checked="" type="checkbox"/> Copago		Cuota de recuperación		Otro Cuál
<b>Valor en pesos</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Vlr. Anticipo</b> 0		<b>Valor máximo (Tope) en pesos</b>
<b>Centro de Costo</b> OXIGENOTERAPIA		<b>Regimen</b>		FERROCARRILES		
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA</b>						
<b>Nombre :</b> SANDRA MILENA RODRIGUEZ PATAQUIVA		<b>Teléfono:</b> 038 8632041		<b>Teléfono Celular:</b>		
<b>Caducidad de la autorización: 60 días si está activo en Base de datos</b>				<b>Fecha:</b> 02/01/2023		<b>Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica</b>