

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 LOZADA		2do Apellido JIMENEZ		1er Nombre MYRIAM		2do Nombre
Identificación: Registro Civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		X Adulto sin identificación
Cédula de extranjería Pasaporte		Menor sin identificación				
Nivel Sisben A		Número de Documento 41403047		Fecha de Nacimiento: 16/03/1948		
Dirección de Residencia Habitual:		KRR 81 NO 114 81 BLQ 16 AP 104		Teléfono: 4349937		Celular: 3112322004
Departamento: BOGOTA		11		Municipio: BOGOTA		001
Correo Electrónico:						
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del Paciente: Consulta Externa		Hospitaliza X ción		Urgencias		Especialidad MEDICINA INTERNA
Manejo integral según Guía de :				Cama		Diagnostico: N185
Tipo Orden ALTO COSTO		Número de Solicitud Origen: 1254		Fecha: 4/07/2023		Hora: 05:24 p.m.
Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita
SUMINISTRO DE BALA DE OXIGENO PORTATIL	OX0002	1	sujeto auditoria medica se solicita bala portátil permanente paciente del pac no copago	\$ 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						131
Recaudo del prestador: Cuota moderadora		Copago X		Cuota de recuperación		Otro Cuál
Valor en pesos		Porcentaje (%)		Vlr. Anticipo 0		Valor máximo (Tope) en pesos
Centro de Costo HOSPITALIZACIÓN		Regimen FERROCARRILES				
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre : LUIS EDUARDO GUZMAN		Teléfono: 038 8632041		Teléfono Celular:		
Caducidad de la autorización: 60 días si está activo en Base de datos				Fecha: 03/09/2023		Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica