

<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> LOZADA		<b>2do Apellido</b> JIMENEZ		<b>1er Nombre</b> MYRIAM		<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> 41403047		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 16/03/1948		
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b>		KRR 81 NO 114 81 BLQ 16 AP 104		<b>Teléfono:</b> 4349937		<b>Celular:</b> 3112322004
<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		Hospitaliza <input checked="" type="checkbox"/> ción		Urgencias		<b>Especialidad</b> MEDICINA INTERNA
<b>Manejo integral según Guía de :</b>				<b>Cama</b>		<b>Diagnostico:</b> N185
<b>Tipo Orden</b> ALTO COSTO		<b>Número de Solicitud Origen:</b> 1254		<b>Fecha:</b> 4/07/2023		<b>Hora:</b> 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	
<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>131</b>
<b>Recaudo del prestador:</b> Cuota moderadora		<b>Copago</b> <input checked="" type="checkbox"/>		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> HOSPITALIZACIÓN		<b>Regimen</b> FERROCARRILES				
<b>INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA</b>						
<b>Nombre :</b> LUIS EDUARDO GUZMAN		<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> 03/09/2023		<b>Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica</b>		