

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 PINTOR		2do Apellido CASTILL O		1er Nombre JOSE		2do Nombre AQUILINO
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 17044088		Fecha de Nacimiento: 15/05/1941		
Dirección de Residencia Habitual:		CLL 36A NO. 109-25 BRR FONTIB		Teléfono: 0		Celular: 0
Departamento: BOGOTA		11		Municipio: BOGOTA		001
Correo Electrónico:						
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del Paciente: Consulta Externa		Hospitaliza <input checked="" type="checkbox"/>		Urgencias		Especialidad MEDICINA INTERNA
Manejo integral según Guía de :		Cama		Diagnostico: J449		
Tipo Orden NORMAL		Número de Solicitud Origen: 1871		Fecha: 8/05/2024		Hora: 04:58 p.m.
Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita
SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA POR CONCENTRADOR	OX0001	1	SE AUTORIZA SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA POR CONCENTRADOR CÁNULA NASAL A 2 LT/MIN POR 24 HORAS DURANTE 7 DÍAS A LA SEMANA POR 30 DÍAS DEL MES SE SOLICITA HUMIDIFICADOR, FLUJÓMETRO, CÁNULA NASAL ADULTO, BALA PEQUEÑA DE OXÍGENO PARA TRANSPORTE, BALA GRANDE DE OXÍGENO Y DE SER POSIBLE CONDENSADOR DE OXIGENO.	\$ 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					175	
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 : RODRIGUEZ RAMOS LORENA		Teléfono: 038 8632041		Teléfono Celular:		
Caducidad de la autorización: 60 días si está activo en Base de datos				Fecha: 07/07/2024		Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica