

**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** RUIZ **2do Apellido** POSADA **1er Nombre** QUERUBIN **2do Nombre**  
**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** 10160722 **Fecha de Nacimiento:** 10/08/1952  
**Dirección de Residencia Habitual:** BRR SAN JUANITO MZ A CS 7 **Teléfono:** 3128390144 **Celular:** 0  
**Departamento:** CUNDINAMARCA 25 **Municipio:** VILLETA 875 **Correo Electrónico:**
**SERVICIOS AUTORIZADOS**
**Ubicación del Paciente:** Consulta Externa  Hospitalización Urgencias **Especialidad** MEDICINA GENERAL  
**Manejo integral según Guía de :** **Cama** **Diagnostico:** I270  
**Tipo Orden** NORMAL **Número de Solicitud Origen:** 22 **Fecha:** 03/12/2021 **Hora:** 15:47

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	SE AUTORIZA SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL , PCTE TUTELA 1100140710052021-00242	\$ 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** 48  
**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** CONTRIBUTIVO

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA**
**Nombre :** JENNY CONSTANZA GOMEZ CLAVIJO **Teléfono:** 038 8632041 **Teléfono Celular:**  
**Caducidad de la Autorización: 30 días** **Fecha:** 02/01/2022 **Pago Sujeto a Auditoría de Cuenta Medica**