

<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b> Sociedad Clínica Emcosalud				<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> CASASBUENAS		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b> JAIME <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> 75709		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 20/01/1931				
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b> CR 25 9 09		<b>Teléfono:</b> 3142060127		<b>Celular:</b> 2476878		
<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		<b>Urgencias</b>		
				<b>Especialidad</b> MEDICINA INTERNA		
<b>Manejo integral según Guía de :</b>			<b>Cama</b>			
<b>Tipo Orden</b> NORMAL			<b>Diagnostico:</b> J449			
<b>Número de Solicitud Origen:</b> 1			<b>Fecha:</b> 24/08/2022		<b>Hora:</b> 09:39 a.m.	
Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago	Fecha Cita
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	SE AUTORIZA BALA PORTATIL DESDE EL 24 AL 31 DE AGOSTO 2022	\$ 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>86</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:</b> 180 días si está activo en Base de datos		<b>Fecha:</b> 20/02/2023		<b>Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica</b>		