

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 CASTILLO

2do Apellido ABRIL

1er Nombre ISRAEL

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 118701

Fecha de Nacimiento: 11/05/1933

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 19 NO. 52-15 SUR

Teléfono: 2790389

Celular: 3162268974

Departamento: BOGOTA

11

Municipio: BOGOTA

001

Correo Electrónico:
SERVICIOS AUTORIZADOS
Ubicación del Paciente: Consulta Externa Hospitalización

Urgencias

Especialidad NEUMOLOGIA

Manejo integral según Guía de :
Cama
Diagnostico:

I490

Tipo Orden NORMAL

Número de Solicitud Origen: 1

Fecha: 07/03/2022

Hora: 09:17

Servicio	Código CUPS	Cantidad	Observaciones	Cuota Moderadora	Copago
SUMINISTRO DE BALA DE OX-GENO PORT-TIL	OX0002	1	PACIENTE PAC CUOTA MODERADORA \$ 0 VB JEFE MARIA FERNANDA ALZATE	\$ 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

62

 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 : SANDRA MILENA RODRIGUEZ PATAQUIVA

Teléfono: 038 8632041

Teléfono Celular:
Caducidad de la Autorización: 30 días

Fecha: 06/04/2022

Pago Sujeto a Auditoria de Cuenta Medica