



ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.			CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre				Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CALDAS				NI	890907215	
Código	051290214601		Telefono 1	6044448061		
Correo			Telefono 2			
Dirección						
Carrera 48 # 135S - 41						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	CALDAS		
DATOS DEL PACIENTE						
MESA		VILLADA		ANGELA		CRISTINA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1001545947		Fecha de nacimiento	1989-07-18
Dirección de Residencia Habitual		KR 32 B 36 559			Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	LA PINTADA		
Teléfono celular	3218933739		Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J459 - Asma no especificado		
Manejo integral según Guía de						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA				
Observación						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	19892927			Fecha	2024-03-14	Hora 16:57
PAGOS COMPARTIDOS						
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			515	Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:						
Aplica cobro:						
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %	
Copago		Exento cobro		0	0 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
prestreg (PAOLA MILENA RESTREPO GONZALES)			AUTORIZADOR SAVIASALUD			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 dias			
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			

