



ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010608601	Dirección			
Teléfono	5904485	CALLE 92EE N 67-61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
FERNANDEZ		JARAMILLO	VIVIANA	MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
1993-12-31		1047995985		Fecha de nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual		CR 20 15 121 TORRE 4 AP 304		Teléfono	
6048482585		TITIRIBI		Municipio	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
Teléfono celular		3136820309		Correo electrónico	
FERNANDEZVIVIANITHA@GMAIL.COM		SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio		Diagnostico Principal		Nº2X - HIPERTROFIA DE LA MAMA	
Cirugia Plastica Y Estetica (Consulta Ext.)		Manejo integral según Guía de			
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
853104	1	MAMOPLASTIA DE REDUCCION BILATERAL			
Observación		vbo			
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		14849622		Fecha	2022-05-25
Hora		16:07			
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:			530		Reclamo de tickete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		0	
Porcentaje %		0 %			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
dtrejoso (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		