



| | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--------------------------|---|------------------|
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO | | ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS S.A.S | | CODIGO | EPSS40 |
| INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado) | | | | | |
| Nombre | | | | Tipo Documento | Número documento |
| ESE HOSPITAL LA MARIA | | | | NI | 890905177 |
| Código | 050010608601 | Telefono 1 | 3187159640 | | |
| Correo | agendate@lamaria.gov.co | Telefono 2 | 6045906901 | | |
| Dirección | | | | | |
| Calle 92EE # 67 - 61 | | | | | |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | |
| MARTINEZ | | ARROYAVE | AURA | ESTER | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | |
| 2do Nombre | | | | | |
| Tipo Documento De Identificación | CC | Número documento de identificación | 21483454 | Fecha de nacimiento | 1935-10-04 |
| Dirección de Residencia Habitual | | | | Teléfono | 6045290131 |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN | | |
| Teléfono celular | 3013097799 | Correo electrónico | gloriaprisco01@gamil.com | | |
| SERVICIOS AUTORIZADOS | | | | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | | | | | Cama |
| Servicio | Cirugía General (Consulta Ext) | | Diagnostico Principal | R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados | |
| Manejo integral según Guía de | | | | | |
| Código CUPS | Cantidad | Descripción | | | |
| 890335 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL | | | |
| Observación | | | | | |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN | 20195943 | Fecha | 2024-04-23 | Hora | 15:04 |
| 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: | | | 838 | 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 | | |
| Sistema | | | 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 | | | |
| Linea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS | | 018000423683 | | | |