



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	Telefono 1	6045904485		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	3103831769		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
ECHAVARRIA		PUERTA		LUZ	ELENA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21614501	Fecha de nacimiento	1962-08-24
Dirección de Residencia Habitual		CORREGIMIENTO CESTILLAL		Telefono	6045221437
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CAÑASGORDAS		
Telefono celular	3146793897	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M199 - Artrosis no especificada		
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	2022-08-04				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15500297	Fecha	2022-08-16	Hora	15:54
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:		639	Reclamo de tickete, 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		
yrioslop (YISET ANDREA RIOS LOPEZ)			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			



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 2 0 8 0 4 2 1 6 5 FECHA: 2 0 2 2 / 0 8 / 0 4

HORA: 1 7 : 1 2

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT CC	X	8 9 0 9 0 5 1 7 7	Numero
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1	Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61			
Telefono: 098 4447192	Departamento: ANTIOQUIA 0 5	Municipio: MEDELLIN	0 0 1	

Indicativo Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Codigo: EPSS40
---	----------------

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido ECHAVARRIA	2do Apellido PUERTA	1er Nombre LUZ	2do Nombre ELENA
-------------------------	---------------------	----------------	------------------

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil
 Cedula de extranjeria
 Cedula de ciudadanía
 Menor sin identificacion
 2 1 6 1 4 5 0 1

Tarjeta de identidad
 Pasaporte
 Adulto sin Identificacio
 Fecha de nacimiento: 1 9 6 2 / 0 8 / 2 4

Direccion de Residencia Habitual: CORREGIMIENTO CESTILLAL Telefono: 3 1 3 6 0 7 7 3 6 0

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: CAÑASGORDAS 1 3 8

Telefono Celular: 3 1 3 6 0 7 7 3 6 0 Correo Electronico

Cobertura en salud
 Regimen Contributivo
 Regimen Subsidiado_Parcial
 Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN
 Desplazados
 Regimen subsidiado-Total
 Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN
 Plan Adicional de Salud
 Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Evento Catastrofico <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente de Transito	<input type="checkbox"/> Posterior a la atencion de Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivo	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion
 Consulta_Externa
 Consulta Externa
 Urgencias
 Hospitalizacion
 Servicio CONSULTA EXTERNA
 Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 2 8 0	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA
8 7 3 4 2 0	2	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP. LATERAL)

Justificación Clínica: PACIENTE CON CLINICA DE ARTROSIS DE RODILLAS ,SE ORDNEA CITA CONTROL CON RX DE RODILLA COMPARATIVA CON APOYO

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	M 1 9 9	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita PARD0 ALUMA EDGAR ENRIQUE	Telefono	
Cargo Actividad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	Numero Extension
	Celular	
	Telefono: 4447192	

PARD0 ALUMA EDGAR ENRIQUE

TRÁMITE INTERNO
 HOSPITAL LA MARÍA
 FECHA: 4/08/22
 FIRMA: *Maira G*