

savia SAVIDA EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 22379699	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2023-08-18	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 08:47	
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		050010608801		Teléfono 1	3187159840
Correo		agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	6045906901
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN
DATOS DEL PACIENTE					
CATAÑO		LOPERA		MARIA	NUBIA DE JESUS
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De Identificación		CC		Número documento de identificación	Fecha de nacimiento
				32471501	1951-11-06
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	6044670065
CL 120 49C 4					
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN
Teléfono celular		3003681778		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Medicina Interna (Consulta Ext)					Diagnostico Principal 251 - Enfermedad aterosclerotica del corazon
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS		Cantidad	Descripción		
890366		1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		
Observación SOPORTES 17/01/2022 REEMPLAZA AUTORIZACION 19040739 RENOVIACION POR VENCIMIENTO					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			18271020	Fecha	2023-08-18
				Hora	08:47
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:				593	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	
(Jimenes LILIANA PATRICIA JIMENEZ SEPULVEDA)				AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas				La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683	

**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Número de Solicitud: 37008

Fecha: 2022-08-18 Hora: 17:10

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)
Nombre: HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL

NIT 890906347 - 9
CC Número

Código:	052660491001	Dirección Prestador:	DIAGONAL 31 NO 36 A SUR 80	DV
Teléfono:	604 3394800			
Indicativo	Número	Departamento:	ANTIOQUIA	

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SUBSIDIADO	Código:	CCF002
		05	Municipio: ENVIGADO

DATOS DEL PACIENTE			
CATAÑO	LOPERA	MARIA	NUBIA DE JESUS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

Registro Civil Pasaporte
 Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación
 Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación
 Cédula de Extranjería

32471501
Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 1951-11-06

Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 120 N 49 C 04

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN Teléfono: 6470065

Teléfono Celular: 3024118230 Correo Electrónico: YEIMIMIGUELANGEL@GMAIL.COM

Cobertura en Salud

Régimen Contributivo Régimen Subsidiado - parcial Población pobre No asegurada sin SISBEN Plan adicional de Salud
 Régimen Subsidiado - total Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención: Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrófico Enfermedad Profesional Accidente de tránsito

Tipo de Servicio Solicitado: Posterior a la atención inicial de Urgencias Servicios Electivos

Prioridad de la Atención: Prioritaria No prioritaria

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

Consulta Externa Hospitalización Servicio: CONSULTA EXTERNA Cama: _____
 Urgencias

Manejo Integral según Guía de:

Código	Cantidad	Descripción
890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

tiene autorización de junio 2021 para Hospital La Mana

Justificación Clínica: Control de comorbilidad

Impresión Diagnóstica:

Código CIE10	Descripción
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico Relacionado 1	
Diagnóstico Relacionado 2	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	HUGO RAFAEL GRANADOS CHARRIS - 13-4915-02	Teléfono:	3394800
		indicativo	número extensión
Cargo o Actividad:	CARDIOLOGO ADULTOS	Teléfono celular:	