

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	86/905177	
Código	050010608601	Dirección			
Teléfono	5904485	CL 92EE N 67 61			
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
BOLIVAR		MARIO		DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Fecha de nacimiento		1949-10-23	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	3456094		
Dirección de Residencia Habitual			Teléfono	3116387338	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	CALDAS	
Teléfono celular	3006889719	Correo electrónico	michellbolivar09@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urologia (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	N359 - ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
597920	1	URETROPLASTIA DE AMPLIACION			
Observación	se aprueba				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	13903091		Fecha	2022-01-28	Hora
				13:22	
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:			571	Reclamo de tiquete, 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		
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			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		



