

savía SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27360728			
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-11-15			
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL							
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	3187159640			
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901			
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE							
MAGALLANES		TORRES		MAGALI		ISABEL	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	39273078		Fecha de nacimiento	1962-06-03	
Dirección de Residencia Habitual				MANZANA B NAMERO CONTADOR 725570		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	CAUCASIA			
Telefono celular	3235263186		Correo electrónico				
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama		
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada			
Manejo integral según Guía de							
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES					
Observación	Fecha Orden Medica 2024-11-12						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21922010		Fecha	2024-11-14	Hora		
PAGOS COMPARTIDOS							
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %			
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			476	Reclamo de ticket, bono o vale de pago			
Recaudo del prestador:							
Aplica cobro: SI							
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA							
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad				
Imunetoc (LADY YANET MUÑETON CALDERON)			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 Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683				

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.273.078**

**MAGALLANES TORRES**  
APELLIDOS

**MAGALI ISABEL**  
NOMBRES



*Magali Magallanes*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03 JUN-1962**

**SINCELEJO**  
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**  
ESTATURA

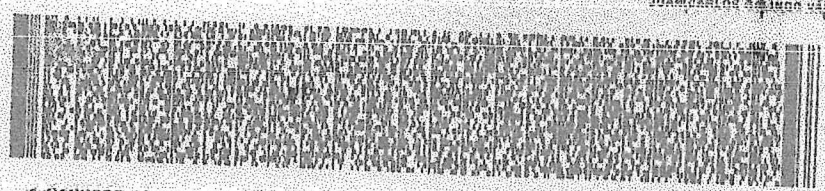
**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**04-DIC-1989 CAUGASIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Manuel Pineda*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN PABLO RAMIREZ VARELA



A-0108800-18157111-F-0039273078-20070720

0046307201N 03 224568820