



| | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|----------------|---|------------|
| 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 N 67-61 | | | | | | |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN | | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | |
| ARROYAVE | | MUNERA | | MARIA | | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | | |
| PATRICIA | | | | 2do Nombre | | |
| Tipo Documento De Identificación | | CC | Número documento de identificación | | Fecha de nacimiento | |
| | | | 43363555 | | 1975-01-17 | |
| Dirección de Residencia Habitual | | VEREDA EL ESPINAL | | | Teléfono | 6040001000 |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | SAN PEDRO | | | |
| Teléfono celular | 3145220283 | Correo electrónico | | | | |
| SERVICIOS AUTORIZADOS | | | | | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | | | | | | |
| Servicio | Medicina General (Consulta Ext) | | Diagnostico Principal | R060 - Disnea | | |
| 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 | | 2023-07-17 | | | |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN | 19550031 | | Fecha | 2024-02-02 | Hora | 16:09 |
| 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: | | | | 877 | 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 | | | |
| ngallegc (NATALIA GALLEGO CORREA) | | | 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 | | | |