



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		Teléfono 1	3187159640			
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	6045906901			
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE							
QUINTERO		MARIN		LUZ		DARY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		43518624		Fecha de nacimiento	1967-07-15
Dirección de Residencia Habitual		KR 50 121 37			Teléfono	6044642918	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular	3104468934	Correo electrónico	areizahellent@hotmail.com				
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Neumología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal				
Manejo integral según Guía de							
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890371	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA					
Observación							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		21804308		Fecha	2024-10-29	Hora	
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:				656	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		0 %			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA							
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad				
Sistema			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 Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683				