

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.729.359**

LOPEZ CASTRO
 APELLIDOS

DORIS DEL SOCORRO
 NOMBRES

Doris Lopez
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-1969**
SANTO DOMINGO
 (ANTIOQUIA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

28-ABR-1989 ENVIGADO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0125300-14165061-F-0043729359-20080704 0110108186B 02 245993996



ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 23863022
FECHA: 2024-01-11
HORA: 09:18

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|---|------------------|-------|
| 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 | | | | | | |
| LOPEZ | | CASTRO | | DORIS | | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | | |
| 2do Nombre | | DEL SOCORRO | | | | |
| Tipo Documento De identificación | CC | Número documento de identificación | 43729359 | Fecha de nacimiento | 1969-11-23 | |
| Dirección de Residencia Habitual | KR 54 B KR 6 ESTE 32 INT 102 | | | Teléfono | 6042214727 | |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN | | | |
| Teléfono celular | 3127139279 | Correo electrónico | dorislopez359@gmail.com | | | |
| SERVICIOS AUTORIZADOS | | | | | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | | | | | Cama | |
| Servicio | Medicina Interna (Consulta Ext) | | Diagnostico Principal | 872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) | | |
| Manejo integral según Guía de | | | | | | |
| Código CUPS | Cantidad | Descripción | | | | |
| 890340 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR | | | | |
| Observación | 24/11/23 | | | | | |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN | 19294184 | | Fecha | 2023-12-29 | Hora | 06:45 |
| 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: | | | 544 | 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 | | | |
| Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO) | | | 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 | | | |



ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 23863066
FECHA: 2024-01-11
HORA: 09:20

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|---|--------------|-------|
| 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 | | | | | | |
| LOPEZ | | CASTRO | DORIS | DEL SOCORRO | | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | | |
| 2do Nombre | | | | | | |
| Tipo Documento De Identificación | CC | Número documento de identificación | 43729359 | Fecha de nacimiento | 1969-11-23 | |
| Dirección de Residencia Habitual | KR 54 B KR 6 ESTE 32 INT 102 | | | Teléfono | 6042214727 | |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN | | | |
| Teléfono celular | 3127139279 | Correo electrónico | dorislopez359@gmail.com | | | |
| SERVICIOS AUTORIZADOS | | | | | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | | | | | Cama | |
| Servicio | Medicina Interna (Consulta Ext) | | Diagnostico Principal | 872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) | | |
| Manejo integral según Guía de | | | | | | |
| Código CUPS | Cantidad | Descripción | | | | |
| 399200 | 1 | PAQ - INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD | | | | |
| Observación | 24/11/23 | | | | | |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN | 19294183 | | Fecha | 2023-12-29 | Hora | 06:45 |
| PAGOS COMPARTIDOS | | | | | | |
| Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: | | | 10 % | | | |
| Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización: | | | 544 | Reclamo de tickete, bono o vale de pago | | |
| Recaudo del prestador: | | | | | | |
| Aplica cobro: | | | | | | |
| Cuota | | Cuota de | | Valor en pesos | Porcentaje % | |
| Copago | ✓ | Exento cobro | | 22224 | 10 % | |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA | | | | | | |
| Nombre de quien autoriza | | | Cargo o actividad | | | |
| Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO) | | | 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 | | | |