

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

Nº Orden de Direccionamiento:

Fecha y Hora: 05 Ago 2025 3:51 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS

Código: EP5567

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania

Documento: 43924761

Nombre: ANNY NATALIA VINASCO AVENDAÑO

Fecha Nacimiento: 12 Sep 1984

Dirección: CL 80 A 85 A 77

Plan:

Departamento: ANTIOQUIA

Telefono: 4999543

Telefono Celular: 3135768092

Municipio: Medellin

E-Mail: ANNYVINASCO@GMAIL.COM

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre: HOSPITAL LA MARIA EMPRESA SOCIAL DEL EST

Nit: 890905177

Código: 13

Dirección: CL 92 E 68 48

Telefono: 6045906901 opc 1 y 2 whatsapp
3187159640

Municipio: Medellin

Departamento: ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen: Contributivo - PÓS - Evento

Fecha Vencimiento: 02 Feb 2025

Diagnosticos: E03.9

No. Solicitud: 08062024113213

Ubicación paciente: Ambulatorio

No. Prescripción:

Origen Servicio: Enfermedad General

SERVICIOS DIRECCIONADOS

8902530100

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo: Cuota Moderadora

Valor: 4500

Semanas Cotizadas: 514

Porcentaje:

Valor Maximo

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Jorge LP

Cargo o Actividad: Cargo General

Telefono:

Telefono:

Telefono Celular:

Dirección:

Ips que prescribe:

OBSERVACIONES

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

Nº Orden de Direccionamiento:

Fecha y Hora: 06 Ago 2024 13:31 PM

ENTIDAD REPOSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS

Código: EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania
 Nombre : ANNYI NATALIA VINASCO AVENDAÑO

Documento : 43924701
 Fecha Nacimiento : 12 Sep 1984
 Plan:
 Telefono : 4999543
 Municipio : Medellin
 E-Mail : ANNYIVINASCO@GMAIL.COM

Dirección : CL 80 A 85 A 77
 Departamento : ANTIOQUIA
 Telefono Celular : 3135768092

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : HOSPITAL LA MARIA EMPRESA SOCIAL DEL EST

Nit : 890905177 Código : 13

Dirección : CL 92 E 68 48

Telefono : 6045906901 opc 1 y 2 whatsapp: 3187159640

Municipio : Medellin

Departamento : ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen : Contributivo - POS - Evento
 Diagnosticos : E03.9
 Ubicación paciente : Ambulatorio
 Origen Servicio : Enfermedad General

Fecha Vencimiento : 02 Feb 2025
 No. Solicitud : 08062024113213
 No. Prescripción:

SERVICIOS DIRECCIONADOS

8902530100

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora
 Semanas Cotizadas : 514

Valor : 4500
 Porcentaje : Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre : JorgeL.P
 Telefono :
 Telefono Celular :
 Ips que prescribe :

Cargo o Actividad : Cargo General
 Telefono :
 Dirección :

OBSERVACIONES