



|   |  |  |  |   |   |            |  |
|---|--|--|--|---|---|------------|--|
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO  |  | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.  |  | CODIGO  | EPS040                                  |            |  |
| 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  |  |  |  |   |   |            |  |
| GALLO   |  | SANCHEZ  |  | IVAN  |   | RODRIGO    |  |
| 1er Apellido  |  | 2do Apellido   |  | 1er Nombre                                    |   | 2do Nombre |  |
| Tipo Documento De identificación  | CC   | Número documento de identificación   | 71670171   |   | Fecha de nacimiento                     | 1966-03-03 |  |
| Dirección de Residencia Habitual  | CR 102 A 47 61   |  |  |   | Teléfono                                | 6042975782 |  |
| Departamento  | ANTIOQUIA  | Municipio  | MEDELLÍN   |   |   |            |  |
| Teléfono celular  | 3148424593   | Correo electrónico   | yulimaya@gmail.com   |   |   |            |  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS   |  |  |  |   |   |            |  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |  |  |  |   | Cama                                    |            |  |
| Servicio  | Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)   |  | Diagnostico Principal  | S430 - Luxacion de la articulación del hombro |   |            |  |
| Manejo integral según Guía de   |  |  |  |   |   |            |  |
| Código CUPS   | Cantidad   | Descripción  |  |   |   |            |  |
| 890380  | 1  | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA |  |   |   |            |  |
| Observación   | 7/05/24 Paciente 58 aos. POP cirugía de inestabilidad del hombro izquierdo por artroscopia (Reparacion de Bankart + Remplissage) por luxacion recidivante de hombro. Adecuada evolucion clinica, dolor controlado. Se retiran puntos, se dan instrucciones, signos de alarma, cuidados de las heridas. Se enseñan ejercicios de movilidad escapular. Cita de revision en 1 mes. Continúa uso de cabestrillo en abduccion del hombro hasta completar 6 semanas. |  |  |   |   |            |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN  | 20343836   |  | Fecha  | 2024-05-14                                    | 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:                                    |  |  |  | 632   | Reclamo de tickete, bono o vale de pago |            |  |
| Recaudo del prestador:  |  |  |  |   |   |            |  |
| Aplica cobro: SI  |  |  |  |   |   |            |  |
| Cuota   | <input checked="" type="checkbox"/>  | Cuota de   |  | Valor en pesos                                | Porcentaje %                            |            |  |
| Copago  |  | Exento cobro   |  | 4500.00                                       | 0.00 %                                  |            |  |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA  |  |  |  |   |   |            |  |
| Nombre de quien autoriza  |  |  | Cargo o actividad  |   |   |            |  |
| nbarrerr (NIDIA ROCIO BARRERA RIOS)   |  |  | 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   |   |   |            |  |