



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			Teléfono 2		6045906901			
Dirección										
CALLE 92EE N 67-61										
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE										
SIERRA		FLOREZ			DANIELA					
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación			1027890669		Fecha de nacimiento	
								1997-10-25		
Dirección de Residencia Habitual		CL 49 35 61					Teléfono		6046011772	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3016458537		Correo electrónico		danisierrapis@gmail.com				
SERVICIOS AUTORIZADOS										
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama		
Servicio		Cirugía Maxilofacial (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		X074 - Maloclusion de tipo no especificado			
Manejo integral según Guía de										
Código CUPS		Cantidad		Descripción						
890336		1		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL						
766601		2		OSTEOTOMIA LEFORT I CON FIJACION INTERNA						
766602		2		OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA						
Observación		VB, AUTORIZADO SERVICIOS BAG								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		18414504			Fecha		2023-09-06		Hora	
									08:07	
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:					596		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					
Ilondono (LISET LONDOÑO OROZCO)					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					