

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010608601	Telefono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

OSPINA		CHAVERRA		SALOME	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Tipo Documento De Identificación		Fecha de nacimiento	
RC		Número documento de identificación		1037238961	
Dirección de Residencia Habitual		Vereda la Peña		Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
GUATAPE		Teléfono celular		3117895093	
Correo electrónico		Dirección alternativa		Nivel	
Nivel 1		Nivel		Nivel 1	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	J159 - Neumonia bacteriana no especificada
Manejo integral según Guía de				Consulta externa	
Grupo de servicios				Finalidad de la tecnología de salud	
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
Observación	Fecha Orden Medica 2025-11-06				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25093313		Fecha y hora de solicitud	2025-11-13-10:04

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:				202	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		0.00	
Tope máximo copagos		0		Motivo Exento	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
fquintel (FLOR NATALI QUINTERO LONDONO)			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		Fecha fin autorización	2026-05-21
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		