

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				NIT	900604350	Código	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre						Tipo Documento	Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA						NI	890905177		
Código	050010608601				Telefono 1	6044447192			
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Telefono 2				
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE									
FRANCO		JARAMILLO		MATEO		ANDRES			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación		1045139013		Fecha de nacimiento		2007-06-12	
Dirección de Residencia Habitual		CRA 76 107A 19 304				Teléfono			
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
Telefono celular	3103777323		Correo electrónico	dennisomarissalavarrieta@gmail.com					
Dirección alternativa						Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Neurologia (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	G404 - Otras epilepsias y síndromes epilepticos generalizados				
Manejo integral según Guía de									
Grupo de servicios				Consulta externa					
Modalidad de la tecnología de salud				Intramural	Finalidad de la tecnología de salud		OTRA		
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
890239	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA							
Observación	SOP 12.03.2025								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23240904			Fecha y hora de solicitud		2025-04-16-09:22		
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:					703		Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: SI									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago		Exento cobro		0.00		0.00 %			
Tope máximo copagos		0							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
sospinam (SANDRA MILENA OSPINA MUÑOZ)					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		2025-10-22	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				

Favor enviar carta de Negación para cambio de IPS.