



|                                                                                                         |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO                                                                            |                             |                                                                            |                                    | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.                                    |                                                      | CODIGO       | EPSS40                                 |
| INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)                                                                  |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| Nombre                                                                                                  |                             |                                                                            |                                    |                                                                          | Tipo Documento                                       |              | Número documento                       |
| ESE HOSPITAL LA MARIA                                                                                   |                             |                                                                            |                                    |                                                                          | NI                                                   |              | 890905177                              |
| Código                                                                                                  | 050010608601                |                                                                            |                                    | Teléfono 1                                                               | 3103831769                                           |              |                                        |
| Correo                                                                                                  | agendate@lamaria.gov.co     |                                                                            |                                    | Teléfono 2                                                               | 6045906901                                           |              |                                        |
| Dirección                                                                                               |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| CALLE 92EE N 67-61                                                                                      |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                   |                                                                            |                                    | Municipio                                                                | MEDELLÍN                                             |              |                                        |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| BONILLA                                                                                                 |                             | GOMEZ                                                                      |                                    | OLIVERIO                                                                 |                                                      | DE JESUS     |                                        |
| 1er Apellido                                                                                            |                             | 2do Apellido                                                               |                                    | 1er Nombre                                                               |                                                      | 2do Nombre   |                                        |
| Tipo Documento De identificación                                                                        |                             | CC                                                                         | Número documento de identificación |                                                                          | 1128405969                                           |              | Fecha de nacimiento                    |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |                             | CL 36 107 1 IN 201                                                         |                                    |                                                                          |                                                      | Teléfono     | 6044926773                             |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                   |                                                                            |                                    | Municipio                                                                | MEDELLÍN                                             |              |                                        |
| Teléfono celular                                                                                        | 3217880920                  |                                                                            | Correo electrónico                 |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              | Cama                                   |
| Servicio                                                                                                | Neurocirugía (Consulta Ext) |                                                                            |                                    | Diagnostico Principal                                                    | M501 - Trastorno de disco cervical con radiculopatía |              |                                        |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| Código CUPS                                                                                             | Cantidad                    | Descripción                                                                |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| 805106                                                                                                  | 1                           | ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| Observación                                                                                             | ok                          |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      |              |                                        |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              |                             | 16503280                                                                   |                                    |                                                                          | Fecha                                                | 2022-12-22   | Hora                                   |
|                                                                                                         |                             |                                                                            |                                    |                                                                          |                                                      | 09:35        |                                        |
| 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:                                    |                             |                                                                            |                                    |                                                                          | 711                                                  |              | Reclamo de ticket, 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                                                        |                                                      |              |                                        |
| Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)                                                             |                             |                                                                            |                                    | 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                                                             |                                                      |              |                                        |