



|                                                                                                         |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---------------------|--|------------|--|
| 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 |  |                                                                                                |  | Dirección          |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Teléfono                                                                                                |  | 5904485      |  |                                                                                                |  | CL 92EE N 67 61    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Departamento                                                                                            |  | ANTIOQUIA    |  |                                                                                                |  | Municipio          |  | MEDELLÍN                                                                 |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| ARIAS                                                                                                   |  |              |  | ALZATE                                                                                         |  |                    |  | EMILIANA                                                                 |  |                                        |  | DE JESUS            |  |            |  |
| 1er Apellido                                                                                            |  |              |  | 2do Apellido                                                                                   |  |                    |  | 1er Nombre                                                               |  |                                        |  | 2do Nombre          |  |            |  |
| Tipo Documento De Identificación                                                                        |  | CC           |  | Número documento de identificación                                                             |  |                    |  | 21761953                                                                 |  |                                        |  | Fecha de nacimiento |  | 1935-12-17 |  |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |  |              |  | vereda la mangarriba Girardota                                                                 |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  | Teléfono            |  | 6167832    |  |
| Departamento                                                                                            |  | ANTIOQUIA    |  |                                                                                                |  | Municipio          |  | GIRARDOTA                                                                |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Teléfono celular                                                                                        |  | 3192871491   |  |                                                                                                |  | Correo electrónico |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  | Cama                |  |            |  |
| Servicio                                                                                                |  |              |  | Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)                                                    |  |                    |  | Diagnostico Principal                                                    |  | M179 - GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA    |  |                     |  |            |  |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Código CUPS                                                                                             |  | Cantidad     |  | Descripción                                                                                    |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| 815405                                                                                                  |  | 1            |  | REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA) |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Observación                                                                                             |  | Pertinente   |  |                                                                                                |  |                    |  |                                                                          |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              |  |              |  | 14028056                                                                                       |  |                    |  | Fecha                                                                    |  | 2022-02-14                             |  | Hora                |  | 08:23      |  |
| 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:                                    |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  | 269                                                                      |  | 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                                                        |  |                                        |  |                     |  |            |  |
| Isucergu (LINA MARCELA SUCERQUIA USUGA)                                                                 |  |              |  |                                                                                                |  |                    |  | 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                                                             |  |                                        |  |                     |  |            |  |