

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	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	6045906901	
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
JIMENEZ		DE HURTADO		BLANCA ROSA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	24357337		Fecha de nacimiento 1934-05-02
Dirección de Residencia Habitual		CR 98 B 38 17 SANTA MONICA 2			Teléfono 6045592616
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
Teléfono celular	3135880698		Correo electrónico	hdjimenezp@gmail.com	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
Observación	FA 24-04-2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20551519		Fecha	2024-06-06 Hora
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:				537	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mcarango (MARTA CILENA ARANGO GOMEZ)			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		