



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			Telefono 1	3187159640		
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Telefono 2	6045906901		
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE							
ECHEVERRI		PUERTA		BLANCA		LIBIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		32315243		Fecha de nacimiento
							1959-08-09
Dirección de Residencia Habitual		CARRERA 63AA 62A 15				Telefono	6044521158
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	BELLO		
Telefono celular	3042031259		Correo electrónico				
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada		
Manejo integral según Guía de							
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES					
Observación	2024-02-15 REEMPLAZA NUA 24358082 POR CAMBIO DE IPS ***CASO ATENCION AL USUARIO **** V'B Pertinencia medica para la Maria *** Mujer con 64 aos de edad. Residente en Barrio Playa, Rica, Bello. App Niega dm t2, niega hipertension Neumopatía crónica/ deterioro de la clase funcional, mMRC 2/4. -espirometría hace 12 aos. Fumadora activa, desde los 14 aos. Aqx NO Alergias NO Transfusiones NO Vacunacion: Covid 19 #3. Influenza Si. Neumococo NO Concepto, solicito estadiificar con nueva espirometría, caminata de 6 minutos, pruebas funcionales. ecocardiograma bd tt, peptido natriuretico para dx difenciales de la disnea. Proxima cita en 2 meses.						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	20951564			Fecha	2024-07-24	Hora	
PAGOS COMPARTIDOS							
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:					10.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				158	Reclamo de tickete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:							
Aplica cobro: SI							
Cuota		Cuota de		Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	✓	Exento cobro		6005.00		10.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA							
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad			
Icardenn (LINA MARIA CARDENAS MURIEL)				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			