

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	4447192	CL 92EE N 67 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
MAZO		OLIVEROS	MARTHA	HELDA	
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	32339179	Fecha de nacimiento	1945-11-19
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	2525378
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
Teléfono celular	3136498057	Correo electrónico	luiziitha748@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Neurocirugia (Consulta Ext.)	Diagnostico Principal	M544 - LUMBAGO CON CIATICA		
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890373	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA			
Observación	ANEXO 11/11/2021				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	13531779	Fecha	2021-12-03	Hora	12:35
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:				487	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo de 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		
dtrejoso (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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		

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD: 2 1 1 1 1 1 4 7 9 2 FECHA: 2 0 2 1 / 1 1 / 1 1

HORA: 1 6 : 2 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT: X 8 9 0 9 0 5 1 7 7 CC: Numero

Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1 Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61

Telefono: 098 4447192 Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Indicativo Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MAZO	OLIVEROS	MARTHA	HELEDA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion

3 2 3 3 9 1 7 9

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificaci

Fecha de nacimiento: 1 9 4 5 / 1 1 / 1 9

Direccion de Residencia Habitual: BELECITO CORAZON

Telefono: 3 2 2 6 2 3 1 1 8 2

Departamento: ANTIOQUIA

0 5 Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono Celular: 3 2 2 6 2 3 1 1 8 2 Correo Electronico

Cobertura en salud ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado_Parcial ☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN ☐ Desplazados
☒ Regimen subsidiado-Total ☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN ☐ Plan Adicional de Salud ☐ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion

☒ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrofico
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito

Tipo de servicio Solicitado

☐ Posterior a la atencion de Urgencias
☒ Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion

☒ Prioritaria
☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA

Consulta Externa

Cama

Manejo Integral segun Guía de:

Codigo CUPS

Cantidad

Descripción

8	8	3	2	3	0
8	9	0	3	7	3
9	3	0	8	6	0

1
1
2

RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)

Justificación Clínica: paciente de 75 años de edad, R/ Belencito, viene con el hijo. antecedentes de HTA, EPOC. consulta por cuadro de 3 meses de evolucion consistente en dolor en region lumbosacra, irradiado a ambas extremidades inferiores, asociado a parestesias. no deterioro neurologico, no signos de neurotension. solicito electromiografia y neuroconduccion de extremidades inferiores se sospecha canal lumbar estrecho, solicito RMN simple de columna lumbosacra prioritaria, cita con resultados para definir manejo por nuestra especialidad.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

M 5 4 4

LUMBAGO CON CIATICA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: DURANGO AVILA DIEGO ALEJANDRO

Telefono: Indicativo Numero Extension

Cargo Actividad: NEUROCIRUGIA

Celular: Telefono: 4447192

Diego A. Durango

DURANGO AVILA DIEGO
ALEJANDRO

TRÁMITE INTERNO
RECIBO
11/11/21
ALEJA.
FIRMA:

E. S. E. HOSPITAL LA MARIA

NIT : 890.905.177-9

CALLE 92 EE No. 67 - 61 MEDELLIN - ANTIOQUIA

TELEFONOS. 444 7192 - 267 1319 FAX : 237 1963

WEB : www.lamaria.gov.co e - mail : facturacion@lamaria.gov.co

No estamos sujetos a la retención en la fuente según los artículos 22, 23 y 396 del E.T.



Misión : 304.869

Fecha : 11/11/2021
Hora : 13:21Factura Electronica de Venta :
FEHM91034

Datos del Convenio		Datos del Paciente	
Pagador:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Nombre:	MARTHA HELDA MAZO OLIVEROS
NIT:	900604350 - 0	Nº Id :	32339179
Dirección:	CR 48 24 104	Edad:	75 Años \ 11 Meses \ 22 Días
Telefono:	4601674	Dirección:	BELECITO CORAZON
Contrato:	SAS2021 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Telefono:	3226231182-3136498057
Regimen:	Subsidiado	Fecha Ing:	11/11/2021 1:21:04 p. m.
Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 1 2021	Fecha Egr:	11/11/2021 1:21:36 p. m.
		Autorización:	15961288
		Cama:	

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
CONSULTAS				
39126	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	1	41.920	41.920
				41.920
VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS				41.920
VALOR CUOTA DE RECUPERACION				
VALOR ANTICIPO				
VALOR PAGADO POR EL PACIENTE				
VALOR FRANQUICIA				
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO				41.920

TOTAL: CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

He revisado los cargos que figuran anotados en la presente Factura, los acepto y me comprometo a cancelar su importe. Esta Factura es un título valor en cuanto cumple con los requisitos exigidos por la Ley 1231 de 2008 y de acuerdo con el Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

La fecha de cumplimiento de la Obligación es 30 días después de su presentación.

AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764019122439 DEL 06 oct. 2021. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEHM78.446 AL FEHM500.000. VIGENCIA 06 oct. 2021-06 oct. 2022



CUFE 75fb9934b72fdfaeb510f9e6d8d9a87f07f51c6d1a9613948b1fcb5052d8e7f600368c4f08b096d70c1489812c313df1

Jenifer Alejandra Restrepo Garzon

Firma Facturador

Firma Recibido