



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	6044447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
RESTREPO		GAVIRIA	FABIO	ENRIQUE	
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	3648755	Fecha de nacimiento	1941-08-31
Dirección de Residencia Habitual		CLL 58 58 32		Teléfono	6042729049
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO		
Teléfono celular	3012724281	Correo electrónico	malumecar2@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
Observación	solicitud del 17 1 25				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22516892	Fecha	2025-01-29	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:			846	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			
aarenaso (ANA MARIA ARENAS ORTIZ)		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			