

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	050010606601	Telefono 1	6044447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
HERRERA	DE BETANCUR	BLANCA	CECILIA		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	43360114	Fecha de nacimiento	1958-09-23
Dirección de Residencia Habitual	SD BARRIO SAN JOSE			Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN PEDRO		
Telefono celular	3146976729	Correo electrónico	iealvernia2017@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M199 - Artritis no especificada	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	Fecha Orden Medica 2024-09-16				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22303618	Fecha	2025-01-02	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:			5	Reclamo de tiquete, 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		
aarenasg (ANA MARIA ARENAS GIRALDO)			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 dias		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2.428

Fecha 2024/09/16

Hora: 09:07:00

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre: ESE HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO DE LOS MILAGROS

NIT: NI 800014405

Código: 056640448101

Dirección del prestador: CL 43 A 53A-109

Teléfono: 54 - 8688504

Departamento 05 ANTIOQUIA

Municipio: 664 SAN PEDRO DE LOS

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA

Código: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

HERRERA

DE BETANCUR

BLANCA

CECILIA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de documento CC

Numero de documento de identificación: 43360114

Fecha de nacimiento: 1958/09/23

Teléfono: 3122495122 3122091481

Dirección de residencia habitual: SAN JOSE

Departamento: 05 ANTIOQUIA

Municipio: 664 SAN PEDRO DE LOS MILAGROS

Correo electrónico:

Cobertura en salud: Subsidio Total

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: Enfermedad general

Tipo de servicios solicitados: Servicios Electivos

Prioridad de la atención: PRIORITARIA

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: Consulta externa

Servicio

Cama:

Manejo integral segun guía de: CONTROL POR SOSPECHA DE HTA

Código CUPS

Cantidad

Descripción

890366

1

CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA INTERNA

890281

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

904902

1

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Justificación clínica: CONTROL POR SOSPECHA DE HTA

savia
SALUD EPS

30 SEP 2024

Impresión Diagnóstica Código CIE10 Descripción

Diagnostico principal: M199 ARTROSIS* NO ESPECIFICADA

Diagnostico Relacionado 1: E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Diagnostico Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 3:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien solicita: ANTONIO VASQUEZ HERRERA

Cargo o actividad: INTERNISTA

Teléfono: 54 - 8688504