



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													
OSORIO			OCHOA			RUBIELA			DEL SOCORRO				
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre				
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación				43497463		Fecha de nacimiento		1964-05-13	
Dirección de Residencia Habitual		CL 35CC 107 24								Teléfono		6042877298	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN					
Teléfono celular		3012624819		Correo electrónico		gabiosorio860@gmail.com							
SERVICIOS AUTORIZADOS													
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama			
Servicio		Medicina General (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		C349 - Tumor maligno de los bronquios o del pulmon parte no especificada					
Manejo integral según Guía de													
Código CUPS		Cantidad		Descripción									
898101		1		ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA									
Observación		soportes del 07/05/2024 *											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20331717				Fecha		2024-05-10		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:								633		Reclamo de tickete, 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							
mhoyosve (MARLENY MARGARITA HOYOS VEGA)						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							



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				Teléfono 2		6045906901					
Dirección													
Calle 92EE # 67 - 61													
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN					
DATOS DEL PACIENTE													
OSORIO			OCHOA			RUBIELA			DEL SOCORRO				
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre				
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación				43497463		Fecha de nacimiento		1964-05-13	
Dirección de Residencia Habitual		CL 35CC 107 24								Teléfono		6042877298	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN					
Teléfono celular		3012624819		Correo electrónico		gabiosorio860@gmail.com							
SERVICIOS AUTORIZADOS													
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama			
Servicio		Medicina General (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		C349 - Tumor maligno de los bronquios o del pulmon parte no especificada					
Manejo integral según Guía de													
Código CUPS		Cantidad		Descripción									
332703		1		BIOPSIA DE PULMON VIA ENDOSCOPICA									
881701		1		ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS									
Observación		soportes del 07/05/2024 *											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20331717				Fecha		2024-05-10		Hora			
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:								633		Reclamo de tickete, bono o vale de pago			
Recaudo del 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							
mhoyosve (MARLENYS MARGARITA HOYOS VEGA)						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							