



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			Teléfono 2					
Dirección										
Calle 92EE # 67 - 61										
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE										
QUINTERO		MARIN			LUZ		DARY			
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación			43518624		Fecha de nacimiento	
									1967-07-15	
Dirección de Residencia Habitual		KR 50 121 37					Teléfono		6044642918	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3104468934		Correo electrónico		areizahellent@hotmail.com				
SERVICIOS AUTORIZADOS										
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama		
Servicio		Medicina Interna (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		450 - Asma predominantemente alérgica			
Manejo integral según Guía de										
Código CUPS		Cantidad		Descripción						
890366		1		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
Observación		ANEXO 03/01/2024.....CONTROL EN 1 AÑO								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22332439			Fecha		2025-01-08		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:						666		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					
Ilyndon (LUZ YESETNIA LONDOÑO 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					