



|                                                                                                         |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|--|
| 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                                                                                      |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| HINCAPIE                                                                                                |  | GAVIRIA                         |  |                                                                           | ASTRID                                                                   |                             | ELENA                                             |                                        |                     |  |
| 1er Apellido                                                                                            |  | 2do Apellido                    |  |                                                                           | 1er Nombre                                                               |                             | 2do Nombre                                        |                                        |                     |  |
| Tipo Documento De identificación                                                                        |  | CC                              |  | Número documento de identificación                                        |                                                                          |                             | 3822360                                           |                                        | Fecha de nacimiento |  |
|                                                                                                         |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        | 1981-03-12          |  |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |  | KR 31 100 C 170                 |  |                                                                           |                                                                          |                             | Teléfono                                          |                                        | 6040001000          |  |
| Departamento                                                                                            |  | ANTIOQUIA                       |  |                                                                           | Municipio                                                                |                             | MEDELLÍN                                          |                                        |                     |  |
| Teléfono celular                                                                                        |  | 3045200949                      |  | Correo electrónico                                                        |                                                                          | Astrid-hincapie@hotmail.com |                                                   |                                        |                     |  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   | Cama                                   |                     |  |
| Servicio                                                                                                |  | Cirugía Vascular (Consulta Ext) |  |                                                                           | Diagnostico Principal                                                    |                             | 872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periférica) |                                        |                     |  |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| Código CUPS                                                                                             |  | Cantidad                        |  | Descripción                                                               |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| 890340                                                                                                  |  | 1                               |  | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| Observación                                                                                             |  | Fecha Orden Medica 2024-07-03   |  |                                                                           |                                                                          |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              |  | 20807377                        |  |                                                                           | Fecha                                                                    |                             | 2024-07-08                                        |                                        | 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:                                    |  |                                 |  |                                                                           |                                                                          | 768                         |                                                   | 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                                                        |                             |                                                   |                                        |                     |  |
| Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)                                                                |  |                                 |  |                                                                           | 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                                                             |                             |                                                   |                                        |                     |  |