

|                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 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                                                               |  | 6045904485                            |  |                                         |  |
| Correo                                                                                                  |  | agendate@lamaria.gov.co                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                    |  | Teléfono 2                                                               |  | 3103831769                            |  |                                         |  |
| Dirección                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| CALLE 92EE N 67-61                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| Departamento                                                                                            |  | ANTIOQUIA                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                    |  | Municipio                                                                |  | MEDELLÍN                              |  |                                         |  |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| ZAPATA                                                                                                  |  | GALEANO                                                                                                                                                                                                 |  | JULIO                                                                              |  | CESAR                                                                    |  |                                       |  |                                         |  |
| 1er Apellido                                                                                            |  | 2do Apellido                                                                                                                                                                                            |  | 1er Nombre                                                                         |  | 2do Nombre                                                               |  |                                       |  |                                         |  |
| Tipo Documento De identificación                                                                        |  | CC                                                                                                                                                                                                      |  | Número documento de identificación                                                 |  | 70126561                                                                 |  | Fecha de nacimiento                   |  | 1957-06-16                              |  |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |  | CR 69 98 25 CASTILLA                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                    |  |                                                                          |  | Teléfono                              |  | 6044780757                              |  |
| Departamento                                                                                            |  | ANTIOQUIA                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                    |  | Municipio                                                                |  | MEDELLÍN                              |  |                                         |  |
| Teléfono celular                                                                                        |  | 3145608927                                                                                                                                                                                              |  | Correo electrónico                                                                 |  | virgelinagaleano@gmail.com                                               |  |                                       |  |                                         |  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  | Cama                                    |  |
| Servicio                                                                                                |  | Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)                                                                                                                                                              |  |                                                                                    |  | Diagnostico Principal                                                    |  | M160 - Coxartrosis primaria bilateral |  |                                         |  |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| Código CUPS                                                                                             |  | Cantidad                                                                                                                                                                                                |  | Descripción                                                                        |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| 890380                                                                                                  |  | 1                                                                                                                                                                                                       |  | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| Observación                                                                                             |  | 30/08/22Paciente de 65 aos, residente del barrio castilla, con antecedente de epilepsia consulta por que desde hace 2 meses cuando estaba caminando le inicia dolor en zona inguinal derechade manera s |  |                                                                                    |  |                                                                          |  |                                       |  |                                         |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              |  | 15673953                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                    |  | Fecha                                                                    |  | 2022-09-06                            |  | 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:                                    |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  |                                                                          |  | 547                                   |  | 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                                                        |  |                                       |  |                                         |  |
| cpinoval (CRISTINA PINO VALENCIA)                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                    |  | 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                                                             |  |                                       |  |                                         |  |