

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		6045904485							
Correo		agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2		3103831769							
Dirección															
CALLE 92EE N 67-61															
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN							
DATOS DEL PACIENTE															
MARTINEZ			LEAL			RAFAEL			HUMBERTO						
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre						
Tipo Documento De identificación		CE		Número documento de identificación				999018				Fecha de nacimiento		1952-12-19	
Dirección de Residencia Habitual		CR 21 C ESTE 36-25 C ETAPA 8 URB ETERNA PRIMAVERA ETAPA 8 T 3								Teléfono		6043295390			
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN							
Teléfono celular		3015204128		Correo electrónico		martinezrafael279@gmail.com									
SERVICIOS AUTORIZADOS															
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama					
Servicio		Medicina Interna (Consulta Ext.)				Diagnostico Principal		255 - Cardiopatía isquémica							
Manejo integral según Guía de															
Código CUPS		Cantidad		Descripción											
890366		1		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA											
Observación		ok													
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN				15444896				Fecha		2022-08-09		Hora		15:49	
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:								151		Reclamo de ticket, 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									
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)						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									