



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													
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		Carrera 21 ESTE # 36 ESTE CRR21#36-25UD ET PRIMA ET8 #409						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		Urología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		N310 - Vejiga neuropática no inhibida no clasificada en otra parte						
Manejo integral según Guía de													
Código CUPS		Cantidad		Descripción									
890394		1		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA									
Observación		02/03/24											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		19980444				Fecha		2024-03-27		Hora		10:56	
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:						235		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							
kpachona (KEITHY YISETH PACHON ARTUNDUAGA)						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							