



ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO										ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO		EPSS40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)															
Nombre										Tipo Documento		Número documento			
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA SA										NI		890933123			
Código		050010242101				Dirección									
Teléfono		3227447				CALLE 51 N.45-93 OFICINA 309									
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN							
DATOS DEL PACIENTE															
RIVERA				TUBERQUIA				ANA			DELIA				
1er Apellido				2do Apellido				1er Nombre			2do Nombre				
Tipo Documento De Identificación		CC		Número documento de identificación		32257423				Fecha de nacimiento		1982-12-05			
Dirección de Residencia Habitual		KR 27B 102C 30 IN 114								Teléfono		6042293252			
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN							
Teléfono celular		3185924885		Correo electrónico		anarivera05-@hotmail.com									
SERVICIOS AUTORIZADOS															
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama					
Servicio		Medicina General (Consulta Ext.)				Diagnostico Principal		E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO							
Manejo integral según Guía de															
Código CUPS		Cantidad		Descripción											
881306		1		ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA											
Observación		CARGA MASIVA METROSALUD SUBSIDIADO -CONTRIBUTIVO 6-7 ABRIL 2022.													
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN				14473335				Fecha		2022-04-08		Hora		14:41	
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:								525		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							
mmontoyc (MAURICIO ALEJANDRO MONTOYA CASTAÑEDA)								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							