



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 22965509

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2023-10-10

HORA: 11:02

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

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	3187159640		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6045906901		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
MUÑOZ		CASTRO		YENIFER	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1026063558	Fecha de nacimiento	2010-08-08
Ubicación de Residencia Habitual	PUEBLORICO			Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CONCORDIA		
Número celular	3206150387	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Condición del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J450 - Asma predominantemente alergica		
Cobertura integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
93805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
Ubicación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	18558474	Fecha	2023-09-21	Hora	15:08
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0 %		
Número de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			163	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Cobertura del prestador:					
Categoría de cobro:					
Categoría	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Pago	Exento cobro	0	0 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Turibeur (TATIANA ANDREA URIBE URIBE)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
La autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			
Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			