



ANEXO TÉCNICO No. 4
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 23786849
FECHA: 2023-12-29
HORA: 14:52

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	3187159640			
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6045906901			
Dirección						
CALLE 92EE N 67-61						
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE						
MARIN	AGUDELO	DEYANIRA				
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	32302792	Fecha de nacimiento	1948-03-06	
Dirección de Residencia Habitual	KR 59 49 A 35			Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO			
Teléfono celular	3135781315	Correo electrónico				
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Camá	
Servicio	Cirugía Vasculár (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	872 - Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)		
Manejo integral según Guía de						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890340	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR				
Observación	ok					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	19299144		Fecha	2023-12-29	Hora	14:49
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:			612	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			
Icardonc (LUIISA 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			