



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 25433610
FECHA: 2024-05-30
HORA: 02:25

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPS040
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 # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
GARCIA		HINCAPIE		CHRISTIAN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1193207139	Fecha de nacimiento	2003-08-01
Dirección de Residencia Habitual		KR 31 93 48		Teléfono	6045719539
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3183347530	Correo electrónico	garcia.hincapie.christian@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía Plástica y Estética (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	F649 - Trastorno de la identidad de genero no especificado	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
867203	1	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS			
Observación	21/02/24 Paciente masculino, 20 aos, con distoría de genero, en POP de mastectoma bilateral hace 1 ao, sin embargo refiere persistencia de tejido mamario, por lo que decide consultar. Requiere nueva resección glandular, y ajuste cutneo, se explican riesgos y beneficios, se programa para cirugía y se firma consentimiento informado.				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	19923393		Fecha	2024-03-19	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			634	Reclamo de tickete, bono o vale de pago	
Recauda del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mcarango (MARTA CILENA ARANGO GOMEZ)			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			