



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 27970613  
FECHA: 2025-01-14 HORA: 08:08

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	6044447192				
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2					
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN				
DATOS DEL PACIENTE							
CARVAJAL		BEDOYA		BLANCA		CECILIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	22069205		Fecha de nacimiento	1962-11-14	
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA SAN JAVIER			Telefono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SANTO DOMINGO				
Telefono celular	3137866182	Correo electrónico					
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama		
Servicio	otorrinolaringología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	H904 - Hipoacusia neurosensorial unilateral con audicion irrestricta contralateral			
Manejo integral según Guía de							
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890382	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA					
Observación	03/01/25						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22341765		Fecha	2025-01-09	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:			719	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago			
Recaudo 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				
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				