



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 17717339

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2022-05-04

HORA: 14:27

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	Dirección					
Teléfono	5904485	CL 92EE N 67 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE							
BARRERA		VELEZ		YOLANDA DE JESUS			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	22174558		Fecha de nacimiento	1956-10-08	
Dirección de Residencia Habitual		CL 16 18 107			Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SANTO DOMINGO			
Teléfono celular	3128082562	Correo electrónico	yeison171833@gmail.com				
SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama		
Servicio	Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	M170 - GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL			
Manejo integral según Guía de							
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
815404	1	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA					
Observación	Se genera autorización						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14253958			Fecha	2022-03-11	Hora	15:28
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:			221	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				
Isucergu (LINA MARCELA SUCERQUIA USUGA)			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				