



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 28691388
FECHA: 2025-03-12
HORA: 09:00

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|------------------------|--|---|------------|
| 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 | | | | | | |
| ARBOLEDA | | HENAO | | CONSUELO | | |
| DEL SOCORRO | | | | | | |
| 1er Apellido | | 2do Apellido | | 1er Nombre | | |
| 2do Nombre | | | | | | |
| Tipo Documento De identificación | CC | Número documento de identificación | 43423735 | Fecha de nacimiento | 1962-04-16 | |
| Dirección de Residencia Habitual | | | | Vereda Chaparral | Teléfono | 6040001000 |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | GUARNE | | | |
| Teléfono celular | 3128797388 | Correo electrónico | Paulaforezts@gmail.com | | | |
| SERVICIOS AUTORIZADOS | | | | | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | | | | | Cama | |
| Servicio | Medicina General (Consulta Ext) | | Diagnostico Principal | 872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) | | |
| Manejo integral según Guía de | | | | | | |
| Código CUPS | Cantidad | Descripción | | | | |
| 890240 | 1 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR | | | | |
| Observación | SE GENERA AUTORIZACION | | | | | |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN | 22802107 | | | Fecha | 2025-02-27 | |
| 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: | | | | 655 | Reclamo de tickete, 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 | | | |
| gospinab (GLORIA NANCY OSPINA BERNAL) | | | 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 | | |