



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 22218167

FECHA: 2023-08-03

HORA: 11:17

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

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	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
SANTA	RESTREPO	ANA	SOFIA		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	Ti	Número documento de identificación	1036936648	Fecha de nacimiento	2008-02-08
Dirección de Residencia Habitual	SD BATEA SECA			Telefono	6045510120
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	GUARNE		
Telefono celular	3137643679	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Hematología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	.500 - Urticaria alergica	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890342	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA			
Observación	soportes 06/12/2022 reemplazo nua 20001060 por vencimiento				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	18153286	Fecha	2023-08-03	Hora	11:14
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:			805	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		
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			