



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 25425330  
FECHA: 2024-05-30  
HORA: 08:22

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 # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
MADRID	PASTOR	OSCAR	ALONSO		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	8312747	Fecha de nacimiento	1949-09-03
Dirección de Residencia Habitual	CLL 102B 83 74 TEL 471 44 66			Teléfono	6043572435
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3017543352	Correo electrónico	ECMADRID@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía Vasculiar (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	771 - Estrechez arterial	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
882308	1	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES			
Observación	2024-04-04				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	20498674		Fecha	2024-05-30	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:			1147	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		
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			