



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 28216127  
FECHA: 2025-02-03  
HORA: 01:47

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					
ALZATE		PATINO	FABIAN	MAURICIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	98705609	Fecha de nacimiento	1983-11-06
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA EL COLORADO FINCA 157		Telefono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	GUARNE		
Telefono celular	3245628141	Correo electrónico	yajuan@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Camá
Servicio	otorinolaringología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	E237 - Trastorno de la glándula hipófisis no especificado	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
021204	1	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR VIA TRANSESFENOIDAL			
295101	1	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO			
218403	1	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL			
Observación	Sujeto a verificación por auditoría de cuentas médicas Fecha Orden Medica 2024-07-02				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22553947	Fecha	2025-02-03	Hora	
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			3	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	✓ Exento cobro	476504	10 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Iquintel (FLOR NATALI QUINTERO LONDONO)			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			