



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 25340531

FECHA: 2024-05-15

HORA: 12:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTOIOQUIA 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					
MARTINEZ		LEAL		RAFAEL HUMBERTO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CE	Número documento de identificación	999018	Fecha de nacimiento	1952-12-19
Dirección de Residencia Habitual	Carrera 21 ESTE # 36 ESTE CRR21#36-25UD ET PRIMA ET# #409			Teléfono	6043295390
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3015204128	Correo electrónico	martinezrafael279@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	otorrinolaringología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J324 - Pansinusitis cronica	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890382	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
Observación	09/05/24				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	20361682		Fecha	2024-05-15	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:				243	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		