



ANEXO TECNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 25892957

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-07-11

HORA: 03:35

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	Numero documento	
CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN			NI	900625317	
Codigo	050011313104	Telefono 1	6045906902		
Correo	agendate@corporacionh.com.org	Telefono 2	3102530161		
Dirección					
Calle 72 A N 48 A - 70					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
CASTAÑEDA		ARREDONDO		SAMANTHA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De identificación	TI	Numero documento de identificación	1033112517	Fecha de nacimiento	2012-08-19
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 C # 93 C SUR - 45		Telefono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	LA ESTRELLA		
Telefono celular	3007346228	Correo electrónico	kasaju1007@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio	Endocrinología (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	M892 - Otros trastornos del desarrollo y crecimiento físico		
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890345	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA			
Observación	FF 2024-01-23 control en 6 meses				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20854837	Fecha	2024-07-11	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:			118		
Recaudo del prestador:			Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
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		
Pachón (KEITHY YISETH PACHON ARTUNDUAGA)			AUTORIZADOR SAVIA SALUD		
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		