



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 20333151

FECHA: 2023-01-23

HORA: 16:51

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				CODIGO		EPS040	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)											
Nombre								Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA								NI		890905177	
Código		050010608601				Teléfono 1		3103831769			
Correo		agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2		6045906901			
Dirección											
CALLE 92EE N 67-61											
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE											
HENAO		GOMEZ				VERONICA					
1er Apellido		2do Apellido				1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación		1042094881		Fecha de nacimiento		1999-10-03	
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 51 13						Teléfono		6042739309	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3218656274		Correo electrónico							
SERVICIOS AUTORIZADOS											
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio		Ginecobstetricia (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		N939 - Hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada			
Manejo integral según Guía de											
Código CUPS		Cantidad		Descripción							
881401		1		ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL							
Observación		ok									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		16684347				Fecha		2023-01-20		Hora 11:50	
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:								546		Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:											
Aplica cobro:											
Cuota		✓		Cuota de		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago				Exento cobro		4100		0 %			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA											
Nombre de quien autoriza						Cargo o actividad					
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)						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					