

		ANEXO TÉCNICO N.º 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 25908425	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-07-12	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 03:20	
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	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
ARREDONDO		ARREDONDO		KAREN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		42800230
Fecha de nacimiento		1984-06-11			
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 C # 93 C SUR - 45		Telefono	6043070804
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:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M791 - Mialgia	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890242	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA			
Observación	FS 23/06/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	20854899		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:			119	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: S					
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		
D. Acosta (DANIELA MERCEDES ACOSTA ECHAVARRIA)			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		