

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 19131847	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-09-21		HORA: 11:20	
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		Telefono 1	6045904485	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	3103831769	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
MONTOYA		SERNA	ANA	CAROLINA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43113583		Fecha de nacimiento
1980-02-13					
Dirección de Residencia Habitual		CL 106 C 83 82		Teléfono	6045825906
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
Teléfono celular	3176697818	Correo electrónico	krolina0213@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	R101 - Dolor abdominal localizado en parte superior	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
879420	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)			
Observación	25/08/22PTE CON DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO , ADEMAS NAUSEAS Y VOMITO , CON ANTECEDENTE DE BYPAS GASTRICO , CON REPORTE DE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS NORMAL , POR NO MEJORIA DEL DOLOR ABDOMI				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15673661		Fecha	2022-09-06	Hora
10:20					
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 autorizacción:			528	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	✓	Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		3700	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		