



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 22544232

FECHA: 2023-09-03

HORA: 15:39

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                                                           | Número documento                                  |                     |
| ESE HOSPITAL LA MARIA                                                                                   |                                 |                                                                     | NI                                                                       | 890905177                                         |                     |
| Código                                                                                                  | 050010608601                    | Telefono 1                                                          | 3187159640                                                               |                                                   |                     |
| Correo                                                                                                  | agendate@lamaria.gov.co         | Telefono 2                                                          | 6045906901                                                               |                                                   |                     |
| Dirección                                                                                               |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| CALLE 92EE N 67-61                                                                                      |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                       | Municipio                                                           | MEDELLÍN                                                                 |                                                   |                     |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| ZAPATA                                                                                                  |                                 | AMALIA                                                              |                                                                          |                                                   |                     |
| 1er Apellido                                                                                            |                                 | 2do Apellido                                                        |                                                                          | 1er Nombre                                        |                     |
| 2do Nombre                                                                                              |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Tipo Documento De identificación                                                                        |                                 | CC                                                                  | Número documento de identificación                                       | 43539112                                          | Fecha de nacimiento |
| 1957-10-08                                                                                              |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |                                 | CR 95 87 01 PRIMER PISO                                             |                                                                          | Telefono                                          | 6043242160          |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                       | Municipio                                                           | MEDELLÍN                                                                 |                                                   |                     |
| Telefono celular                                                                                        | 3103265597                      | Correo electrónico                                                  | luisathenaoz@gmail.com                                                   |                                                   |                     |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   | Cama                |
| Servicio                                                                                                | Cirugia Vascular (Consulta Ext) |                                                                     | Diagnostico Principal                                                    | 872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica) |                     |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Código CUPS                                                                                             | Cantidad                        | Descripción                                                         |                                                                          |                                                   |                     |
| 399200                                                                                                  | 1                               | PAQ - INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD |                                                                          |                                                   |                     |
| Observación                                                                                             | Fecha Orden Medica 2023-07-14   |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              | 18086749                        |                                                                     | Fecha                                                                    | 2023-07-26                                        | Hora 10:32          |
| PAGOS COMPARTIDOS                                                                                       |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: |                                 |                                                                     | 10 %                                                                     |                                                   |                     |
| Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:                                    |                                 |                                                                     | 726                                                                      |                                                   |                     |
| Reclamo de ticket, bono o vale de pago                                                                  |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Recaudo del prestador:                                                                                  |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Aplica cobro:                                                                                           |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Cuota                                                                                                   |                                 | Cuota de                                                            |                                                                          | Valor en pesos                                    | Porcentaje %        |
| Copago                                                                                                  | ✓                               | Exento cobro                                                        |                                                                          | 22224                                             | 10 %                |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA                                                                  |                                 |                                                                     |                                                                          |                                                   |                     |
| Nombre de quien autoriza                                                                                |                                 |                                                                     | Cargo o actividad                                                        |                                                   |                     |
| zaraques (ZULEY ANDREA ARAQUE SALINAS)                                                                  |                                 |                                                                     | 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                                                             |                                                   |                     |