

| ANEXO TÉCNICO No. 4                                                                                     |                                  |                                                                                    |                                                                          | NUMERO DE AUTORIZACION: 17403190       |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD<br>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL                                |                                  |                                                                                    |                                                                          | FECHA: 2022-03-29                      | HORA: 14:47      |
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO                                                                            |                                  |                                                                                    | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S                                     |                                        | CODIGO<br>EPSS40 |
| INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)                                                                  |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Nombre<br>ESE HOSPITAL LA MARIA                                                                         |                                  |                                                                                    | Tipo Documento<br>NI                                                     | Número documento<br>890905177          |                  |
| Código                                                                                                  | 050010608601                     | Dirección                                                                          |                                                                          |                                        |                  |
| Teléfono                                                                                                | 5904485                          | CL 92EE N 67 61                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                        | Municipio                                                                          | MEDELLIN                                                                 |                                        |                  |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| RESTREPO                                                                                                |                                  | ROA                                                                                | YIRLEY                                                                   | ANDREA                                 |                  |
| 1er Apellido                                                                                            |                                  | 2do Apellido                                                                       | 1er Nombre                                                               | 2do Nombre                             |                  |
| Tipo Documento De Identificación                                                                        | CC                               | Número documento de identificación                                                 | 43628742                                                                 | Fecha de nacimiento                    | 1978-02-19       |
| Dirección de Residencia Habitual                                                                        |                                  | CR 65 GG SUR 24 18                                                                 |                                                                          | Teléfono                               | 6042356660       |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                        | Municipio                                                                          | MEDELLIN                                                                 |                                        |                  |
| Teléfono celular                                                                                        | 3148659957                       | Correo electrónico                                                                 | andreaenrca33@hotmail.com                                                |                                        |                  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        | Cama             |
| Servicio                                                                                                | Ginecobstetricia (Consulta Ext.) |                                                                                    | Diagnostico Principal                                                    | R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL        |                  |
| Manejo Integral según Guía de                                                                           |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Código CUPS                                                                                             | Cantidad                         | Descripción                                                                        |                                                                          |                                        |                  |
| 890350                                                                                                  | 1                                | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |                                                                          |                                        |                  |
| Observación                                                                                             | ok                               |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              | 14373068                         |                                                                                    | Fecha                                                                    | 2022-03-28                             | Hora<br>12:40    |
| 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:                                    |                                  |                                                                                    | 702                                                                      | Reclamo de ticket, bono o vale de pago |                  |
| Recaudo del prestador:                                                                                  |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Aplica cobro:                                                                                           |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Cuota                                                                                                   |                                  | Cuota de                                                                           |                                                                          | Valor en pesos                         | Porcentaje %     |
| Copago                                                                                                  |                                  | Exento cobro                                                                       |                                                                          | 0                                      | 0 %              |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA                                                                  |                                  |                                                                                    |                                                                          |                                        |                  |
| Nombre de quien autoriza                                                                                |                                  |                                                                                    | Cargo o actividad                                                        |                                        |                  |
| Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)                                                             |                                  |                                                                                    | AUTORIZADOR SAVIASALUD                                                   |                                        |                  |
| Toda autorización esta sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas                              |                                  |                                                                                    | La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días |                                        |                  |
| Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS                                                              |                                  |                                                                                    | 018000423683                                                             |                                        |                  |

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Original