



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 20988718

FECHA: 2023-03-31

HORA: 09:06

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				Teléfono 1		6045904485					
Correo		agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2		3187159640					
Dirección													
CALLE 92EE N 67-61													
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN					
DATOS DEL PACIENTE													
MUNERA		AVENDAÑO				SANDRA		MILENA					
1er Apellido		2do Apellido				1er Nombre		2do Nombre					
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación				43919583		Fecha de nacimiento		1983-06-24	
Dirección de Residencia Habitual		CL 21 41 71 IN 115								Teléfono		6044616300	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		BELLO					
Teléfono celular		3135648123		Correo electrónico		SANDRATATAMUNERA@HOTMAIL.COM							
SERVICIOS AUTORIZADOS													
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama			
Servicio		otorinolaringología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		t220 - Tumefacción masa o prominencia localizada en la cabeza					
Manejo integral según Guía de													
Código CUPS		Cantidad		Descripción									
881701		1		ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS									
Observación		AUTORIZADA VoBo: 31/03/2023,											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		17186871				Fecha		2023-03-27		Hora		16:53	
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:								573		Reclamo de tickete, 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							
mcastany (MARIA ALEJANDRA CASTAÑO VALLE)						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							