

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 24534801	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-03-11	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				EPSS-40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	
Codigo				Número documento	
350010008901				990905177	
Correo				Teléfono 1	
agencia@alianzaantioquia.org.co				3157150840	
				Teléfono 2	
				80336005001	
Dirección					
CL 925E # 57 31					
Departamento		Municipio			
ANTIOQUIA		MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE					
CÓDIGO		PRIMER APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
GOMEZ		BERNARDO			
2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación		Número documento de identificación		Fecha de nacimiento	
CC		70352161		1985-12-08	
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	
BO VEREDA LA PERA				6040001000	
Departamento		Municipio			
ANTIOQUIA		GUATAPE			
Teléfono celular		Correo electrónico			
3207633343					
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Cirugía Vascular (Consulta Ed)					Diagnostico Principal
					672 - Insuficiencia venosa (crónica) (perforada)
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
930240		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
Observación Anexo técnico 3 del OAC 12928 reemplaza una 00173483 por cambio de IPS por no disponibilidad					
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN		19850715		Fecha	2024-03-11
				Hora	14:05
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:				623	
				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	
SANCHEZ (SANDRA MILENA MURILLO MURILLO)				AUTORIZADOR SAVIA SALUD	
Toda autorización está 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				018000423583	