



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 19255468

FECHA: 2022-10-03

HORA: 07:04

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		3103831769			
Dirección										
CALLE 92EE N 67-61										
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE										
PEREZ		PALACIO			JESUS		ANGEL			
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación			71535418		Fecha de nacimiento	
									1966-03-16	
Dirección de Residencia Habitual		KR 47 95 14 IN 201					Teléfono		6045218710	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3122697892		Correo electrónico						
SERVICIOS AUTORIZADOS										
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama		
Servicio		Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		Z111 - Examen de pesquisa especial para tuberculosis respiratoria			
Manejo integral según Guía de										
Código CUPS		Cantidad		Descripción						
893805		1		ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES						
Observación		CARGA MASIVA SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO 21 SEPTIEMBRE 2022								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		15828910			Fecha		2022-09-21		Hora	
									14:57	
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:						548		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					
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)					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					