

|                                                                                                         |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|
|                         |                             | ANEXO TÉCNICO No. 4                                                   |                                                                          | NUMERO DE AUTORIZACION: 26768703                     |                     |
| AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD                                    |                             |                                                                       |                                                                          | FECHA: 2024-09-24 HORA: 09:01                        |                     |
| MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL                                                                      |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO                                                                            |                             |                                                                       |                                                                          | CODIGO                                               | EPSS40              |
| ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S                                                                    |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| 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 # 67 - 61                                                                                    |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                   |                                                                       | Municipio                                                                | MEDELLÍN                                             |                     |
| DATOS DEL PACIENTE                                                                                      |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| CASTAÑO                                                                                                 |                             | SUESCUN                                                               |                                                                          | JOHN                                                 |                     |
| 1er Apellido                                                                                            |                             | 2do Apellido                                                          |                                                                          | 1er Nombre                                           |                     |
| 2do Nombre                                                                                              |                             | JAIRO                                                                 |                                                                          |                                                      |                     |
| Tipo Documento De Identificación                                                                        | CC                          | Numero documento de identificación                                    | 71640508                                                                 |                                                      | Fecha de nacimiento |
| 1963-12-02                                                                                              |                             | Dirección de Residencia Habitual                                      |                                                                          |                                                      |                     |
| CL 59 #36 9                                                                                             |                             |                                                                       |                                                                          | Telefono                                             | 6046032685          |
| Departamento                                                                                            | ANTIOQUIA                   |                                                                       | Municipio                                                                | GUARNE                                               |                     |
| Telefono celular                                                                                        | 3004615940                  | Correo electrónico                                                    | JOHNYCASTANOS02@GMAIL.COM                                                |                                                      |                     |
| SERVICIOS AUTORIZADOS                                                                                   |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      | Cama                |
| Servicio                                                                                                | Neurocirugia (Consulta Ext) |                                                                       | Diagnostico Principal                                                    | M501 - Trastorno de disco cervical con radiculopatía |                     |
| Manejo integral según Guía de                                                                           |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Código CUPS                                                                                             | Cantidad                    | Descripción                                                           |                                                                          |                                                      |                     |
| 890373                                                                                                  | 1                           | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA |                                                                          |                                                      |                     |
| Observación                                                                                             | 16/04/2024                  |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                                                              |                             | 21493186                                                              |                                                                          | Fecha                                                | 2024-09-24          |
| Hora                                                                                                    |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| PAGOS COMPARTIDOS                                                                                       |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: |                             |                                                                       |                                                                          | 0.00 %                                               |                     |
| 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: SI                                                                                        |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Cuota                                                                                                   | Cuota de                    | Valor en pesos                                                        | Porcentaje %                                                             |                                                      |                     |
| Copago                                                                                                  | Exento cobro                | 0.00                                                                  | 0.00 %                                                                   |                                                      |                     |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA                                                                  |                             |                                                                       |                                                                          |                                                      |                     |
| Nombre de quien autoriza                                                                                |                             |                                                                       | Cargo o actividad                                                        |                                                      |                     |
| mcarango (MARTA CILENA ARANGO GOMEZ)                                                                    |                             |                                                                       | AUTORIZADOR SAVIASALUD                                                   |                                                      |                     |
| 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                                                              |                             |                                                                       | 018000423683                                                             |                                                      |                     |

AJA. 26768703