



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 28342181

FECHA: 2025-02-12

HORA: 03:14

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	Telefono 1	6044447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
CARDONA	ESCOBAR	JORGE	MARIO		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	98470329	Fecha de nacimiento	1963-05-05
Dirección de Residencia Habitual	CL 20 FF # 43 C - 70			Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO		
Teléfono celular	3146875497	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la próstata		
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
602002	1	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL			
Observación	solicitud del 23 1 25				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22610104		Fecha	2025-02-07	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			10.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			314	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		204438.00	10.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
cramirez (CLARA ELENA RAMIREZ RESTREPO)			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		