



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026011932401012 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32401012

FECHA Y HORA : 2026-01-19-04:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

CARCAMO	JARAMILLO	KEVIN						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1002084960		Fecha de nacimiento	2002-11-25
Dirección de Residencia Habitual			CL 104 68 A 93			Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN				
Teléfono celular	3005562204	Correo electrónico	kecaja20022018@gmail.com					
Dirección alternativa			Nivel	Nivel 2				

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	K802 - Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis		
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios							Consulta externa
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
512104	1	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA					
Observación	19/12/2025						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25432527		Fecha y hora de solicitud		2025-12-29-09:32		

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:			76		Reclamo de tickete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:							
Aplica cobro: NO							
Cuota moderadora	Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %		
Copago	Exento cobro		0.00		0.00 %		
Tope máximo copagos		Motivo Exento					

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad				
eospinat (EDISON ARTURO OSPINA TORRES)			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		Fecha fin autorización		2026-07-18
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683				



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025122932190121 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32190121

FECHA Y HORA : 2025-12-29-09:33

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	Nit	900604350	Codigo	EPS040
---------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177	
Código	050010608601	Telefono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

CARCAMO		JARAMILLO		KEVIN				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1002084960		Fecha de nacimiento	2002-11-25
Dirección de Residencia Habitual		CL 104 68 A 93				Telefono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN				
Telefono celular	3005562204	Correo electrónico	kecaja20022018@gmail.com					
Dirección alternativa				Nivel	Nivel 2			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	K802 - Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis			
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios			Consulta externa				
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural	Finalidad de la tecnología de salud		DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL		
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890335	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL					
Observación							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25432529	Fecha y hora de solicitud		2025-12-29-09:32		

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:			73	Reclamo de tickete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota moderadora	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		4700	0 %
Tope máximo copagos		Motivo Exento			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
Sistema		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 dias		Fecha fin autorización	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026011932400964 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32400964

FECHA Y HORA : 2026-01-19-04:52

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

CARCAMO	JARAMILLO	KEVIN						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1002084960		Fecha de nacimiento	2002-11-25
Dirección de Residencia Habitual			CL 104 68 A 93			Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN				
Teléfono celular	3005562204	Correo electrónico	kecaja20022018@gmail.com					
Dirección alternativa			Nivel	Nivel 2				

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	K802 - Calculo de la vesicula biliar sin colecistitis			
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios							Consulta externa
Modalidad de la tecnología de salud			Intramural	Finalidad de la tecnología de salud		OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
534001	1	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA					
Observación	19/12/2025						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25432528		Fecha y hora de solicitud	2025-12-29-09:32			

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:			76		Reclamo de tickete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:							
Aplica cobro: NO							
Cuota moderadora	Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %		
Copago	Exento cobro		0.00		0.00 %		
Tope máximo copagos			Motivo Exento				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
eospinat (EDISON ARTURO OSPINA TORRES)			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		Fecha fin autorización	2026-07-18
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			