



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: 2026022432839954 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32839954

FECHA Y HORA : 2026-02-24-01:04

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

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

BEDOYA		CIRO		LIAM				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1037976513		Fecha de nacimiento	1996-12-03
Dirección de Residencia Habitual				CR 19 # 19 - 09 CRA 19 N 19 09 PISO 2		Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio		SAN LUIS			
Teléfono celular	3145367275	Correo electrónico	luisbedollafit@gmail.com					
Dirección alternativa				Nivel		Nivel 2		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama		
Servicio			Ginecobstetricia (Consulta Ext)		Diagnostico Principal		Y427 - Efectos adversos de androgenos y congeneres anabolicos		
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							
881402	1	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL							
Observación	2026-02-04								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25756925		Fecha y hora de solicitud		2026-02-09-11:16			

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:			185		Reclamo de tiquete, 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		651155		Motivo Exento		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
llopezro (LINA MARIA LOPEZ RODRIGUEZ)			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	2026-08-23
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			