



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: 2025102331471070 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31471070

FECHA Y HORA : 2025-10-23-10:13

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@lamaría.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio		MEDELLIN	

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ		SERNA		CARLOS		ANDRES		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1041176039		Fecha de nacimiento	1986-06-06
Dirección de Residencia Habitual			SD VEREDA LA SIERRA			Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio		GIRALDO			
Teléfono celular		3158449898	Correo electrónico					
Dirección alternativa			Nivel		Nivel 1			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama	
Servicio			Diagnostico Principal		U330 - Polipo de la cavidad nasal			
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						
890225	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA						
Observación	ok							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24862396		Fecha y hora de solicitud		2025-10-17-11:25		

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:			161		Reclamo de ticket, 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		0		Motivo Exento			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad					
rgonzall (ROBERTO GONZALEZ LEDESMA)			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		2026-04-21	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683					