



## 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: 2026012632472121 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32472121

FECHA Y HORA : 2026-01-26-07:12

## ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900604350	Código	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

## INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

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

## DATOS DEL PACIENTE

RESTREPO		CARLOS		MARIO	
Ter Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	15524911	Fecha de nacimiento	1981-01-07
Dirección de Residencia Habitual		SD SALIDA JARDIN		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ANDES		
Teléfono celular	3116851413	Correo electrónico	camilaretr39@gmail.com		
Dirección alternativa		Nivel		Nivel 1	

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de					
Grupo de servicios					Consulta externa
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural	Finalidad de la tecnología de salud		DIAGNOSTICO
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
Observación	ANEXO DEL 29/09/2025 CONTROL DE 6 MESES				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25627432	Fecha y hora de solicitud		2026-01-26-07:11	

## 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:		721	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 %	
Topo máximo copagos	0	Motivo Exento	Exonerado de copago por tipo pago de tecnología		

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
dzuletar (DIANA PATRICIA ZULETA 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		Fecha fin autorización	2026-07-25
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			