



## 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: 2025103131575448 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31575448

FECHA Y HORA : 2025-10-31-10:10

## 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	Telefono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN			

## DATOS DEL PACIENTE

AGUDELO	MARTINEZ	BLANCA	DOLLY			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21664298	Fecha de nacimiento	1962-12-21	
Dirección de Residencia Habitual			VEREDA ALTA VISTA		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN LUIS			
Teléfono celular	3127014551	Correo electrónico				
Dirección alternativa			Nivel	No Aplica		

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	N819 - Prolapso genital femenino no especificado	
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			
890250	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
Observación	aANEXO DEL 11-09-2025 usuria pide para doradal reemplaza nua 31077418 ,ginecolo y 31077413 urologia por cambio de prestador				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	2488510	Fecha y hora de solicitud	2025-10-21-09:26		

## 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:		1117	Reclamo de tickete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora	Exento cobro	✓	Valor en pesos	Porcentaje %	
Copago	0	Motivo Exento	0.00	0.00 %	
Topo máximo copagos	0	Motivo Exento			

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
smurillm (SANDRA MILENA MURILLO MURILLO)		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	2026-04-29
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			