



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: 2025091631022367 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31022367

FECHA Y HORA : 2025-09-16-09:29

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	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

GONZALEZ		ARISMENDY		MARGARITA		EUGENIA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		21908048		Fecha de nacimiento	1956-06-22
Dirección de Residencia Habitual		SANTA INES				Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	PEÑOL			
Teléfono celular	3136267765	Correo electrónico						
Dirección alternativa				Nivel	Nivel 1			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)			Diagnostico Principal			
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					
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
Observación							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24580469		Fecha y hora de solicitud		2025-09-16-09:28	

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:				754		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		0 %	
Tope máximo copagos		0		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 días		Fecha fin autorización	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			