



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: 2025061229827855 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29827855
FECHA Y HORA : 2025-06-12-07:17

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

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

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre: ESE HOSPITAL LA MARIA Tipo Documento: NI Número documento: 890905177
Código: 050010608601 Telefono 1: 6044447192
Correo: agendado@lamaria.gov.co Telefono 2:
Dirección: Calle 92EE # 67 - 61
Departamento: ANTIOQUIA Municipio: MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

MENDOZA GALLEGO LUNA ESMERALDA
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre
Tipo Documento De Identificación: TI Número documento de identificación: 1011592814 Fecha de nacimiento: 2008-06-18
Dirección de Residencia Habitual: BARRIO S4 CABECERA MUNICIPAL Teléfono:
Departamento: ANTIOQUIA Municipio: SABANALARGA
Teléfono celular: 3136921273 Correo electrónico:
Dirección alternativa: Nivel: No Aplica

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: Cama:
Servicio: Medicina General (Consulta Ext) Diagnostico Principal: N62X - Hipertrofia de la mama
Manejo Integral según Guía de Atención inmediata
Grupo de servicios: Atención inmediata
Modalidad de la tecnología de salud: Intramural Finalidad de la tecnología de salud: DIAGNOSTICO
Código CUPS: 890339 Cantidad: 1 Descripción: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA
Observación:
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 23727490 Fecha y hora de solicitud: 2025-06-12-07:12

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: 235 Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:
Aplica cobro: SI
Cuota moderadora: Cuota de recuperación: Valor en pesos: Porcentaje %
Copago: Exento cobro: 0.00 0.00 %
Tope máximo copagos: 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: presteg (PAOLA MILENA RESTREPO GONZALES) Cargo o actividad: 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: 2025-12-09
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS: 018000423683

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Original



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: 2025060629754272 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29754272
FECHA Y HORA : 2025-06-06-11:06

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	6044447192		
Correo	agendate@lamana.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
MENDOZA	GALLEGO	LUNA	ESMERALDA		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	TI	Número documento de identificación	1011592814	Fecha de nacimiento	2008-06-18
Dirección de Residencia Habitual		BARRIO S4 CABECERA MUNICIPAL		Telefono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SABANALARGA		
Telefono celular	3136921273	Correo electrónico			
Dirección alternativa		Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	N62X - Hipertrófia de la mama		
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			
853104	1	MAMOPLASTIA DE REDUCCION BILATERAL			
Observación	REEMPLAZA AUTORIZACION 27581939 SE REQUIERE RENOVAR SERVICIO				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23650491	Fecha y hora de solicitud	2025-06-04-07:19		
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:		234	Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota moderadora	Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %		
Tope máximo copagos	0				

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
Linea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		2025-12-03	
		018006423683	

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Original