



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: 2026021632744370 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32744370

FECHA Y HORA : 2026-02-16-07:22

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	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE						
LONDOÑO	GIRALDO	GUSTAVO	DE JESUS			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	3583536	Fecha de nacimiento	1950-09-15	
Dirección de Residencia Habitual			VEREDA JUANES			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN CARLOS			
Telefono celular	3103764206	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	J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada		
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				
890274	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA				
Observación	enf de alzheimer					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25750241	Fecha y hora de solicitud	2026-02-07-10:45			
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:		327	Reclamo de tiquete, 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	Programa especial (RIAS08)			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
cvanegar (CAROLINA VANEGAS 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	2026-08-15	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original