



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025040328979452 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28979452

FECHA Y HORA : 2025-04-03-02:40

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	Telefono 1	6044447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
POSADA	YEPES	MARTHA	LIA		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	32416512	Fecha de nacimiento	1937-09-21
Dirección de Residencia Habitual			CL 48 A 101 18 IN 401	Teléfono	6043302833
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
Teléfono catular	3227563614	Correo electrónico	johnny842010@hotmail.com		
Dirección alternativa		Nivel	Nivel 2		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Neumología (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada		
Manejo Integral según Guía de					
Grupo de servicios					
Modalidad de la tecnología de salud			Finalidad de la tecnología de salud	DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL	
Intramural					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890371	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23129328	Fecha y hora de solicitud	2025-04-03-02:40		
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 autorización:			687	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	0 %		
Topo máximo copagos	621164				
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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		