



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: 2025070730113583 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30113583

FECHA Y HORA : 2025-07-07-10:53

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@lamaria.gov.co	Teléfono 2				
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN			

DATOS DEL PACIENTE

AGUDELO	AGUDELO	FRANCISCO	JAVIER		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	3450691	Fecha de nacimiento	1945-05-21
Dirección de Residencia Habitual	KR 113C 39BA 52 IN 108			Teléfono	6044878238
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3126383088	Correo electrónico	karrithocuervo@gmail.com		
Dirección alternativa			Nivel	No Aplica	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	110 - Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)		
Manejo integral según Guía de					
Grupo de servicios	Consulta externa				
Modalidad de la tecnología de salud	Intramural	Finalidad de la tecnología de salud	TRATAMIENTO		
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
Observación	2025-05-20				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23570320	Fecha y hora de solicitud	2025-05-26-08:26		

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:	692	Reclamo de tickete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:		
Aplica cobro: NO		
Cuota moderadora	Exento cobro	Porcentaje %
Copago	0.00	0.00 %
Tope máximo copagos	0	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
dsalazae (DAYHANA NALLYBE SALAZAR ESPINOSA)		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 dias	Fecha fin autorización	2026-01-03
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	