



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: 2025111431722030 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31722030

FECHA Y HORA : 2025-11-14-08:47

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	NIT	900604350	Código	EP5540
---------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil
Correo	agendate@lamaría.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

ARREDONDO		ARREDONDO		KAREN		2do Nombre	
Ter Apellido		2do Apellido		1er Nombre		Fecha de nacimiento	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación		42800230		1984-08-11	
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 C # 93 C SUR - 45				Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio		LA ESTRELLA	
Teléfono celular		3007346228		Correo electrónico		KASAJU1007@gmail.com	
Dirección alternativa				Nivel		Nivel 2	

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		DIAGNOSTICO	
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					
Observación							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25104284		Fecha y hora de solicitud		2025-11-14-08:47	

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:			189		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		0 %	
Tope máximo copagos		621164		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	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			