



## 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: 2025051329426989 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29426989

FECHA Y HORA : 2025-05-13-04:35

## 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	Teléfono 1	6044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2		
Dirección				
Calle 92EE # 67 - 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN	

## DATOS DEL PACIENTE

MUNERA	BARRIENTOS	CONSUELO	DEL SOCORRO		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43360607	Fecha de nacimiento	1962-09-06
Dirección de Residencia Habitual	CR 70 # 25 B - 14 INT 201			Teléfono	6046022645
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO		
Teléfono celular	3017747244	Correo electrónico			
Dirección alternativa				Nivel	Nivel 2

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:				Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
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		
890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		
Observación	Autorizado fs 05 2025			
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23388788	Fecha y hora de solicitud	2025-05-06-11:06	

## 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:		888	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora	Exento cobro	Valor en pesos	Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %	
Tope máximo copagos	621164			

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
dchavezb (DAYNNYS YURANI CHAVEZ BARRIOS)		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	2025-11-09	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		