



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: 2026012932532385 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32532385

FECHA Y HORA : 2026-01-29-12:18

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	3205970178	Tipo	Telefono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio		MEDELLIN	

DATOS DEL PACIENTE

QUINTERO		MARIN		LUZ		DARY		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		43518624		Fecha de nacimiento	1967-07-15
Dirección de Residencia Habitual			KR 50 121 37			Teléfono	6044642918	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio		MEDELLIN			
Teléfono celular	3104468934		Correo electrónico	areizahellent@hotmail.com				
Dirección alternativa				Nivel	Nivel 2			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Camá
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	K808 - Otras colelitiasis		
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					
512104	1	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA					
Observación	FF 07/01/2025						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25667945		Fecha y hora de solicitud		2026-01-29-10:58		

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:			721		Reclamo de tickete, 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	651155		Motivo Exento		Exonerado de copago por régimen subsidiado		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad				
dacostae (DANIELA MERCEDES ACOSTA ECHAVARRIA)			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		2026-07-28
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683				