



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: 202508052974427B - NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 29744278
FECHA Y HORA : 2025-06-05-04:35

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	99994350	Código	EP5549
---------	---------------------------------------	-----	----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		99995577	
Código	050010000601	Teléfono 1	054447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

GRANADA		GRAJALES		FABIO		DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70850624		Fecha de nacimiento	1958-07-17	
Dirección de Residencia Habitual		MANZANARES			Teléfono	0540001000	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	TAMESIS				
Teléfono celular	3147789425	Correo electrónico					
Dirección alternativa				Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	M751 - Síndrome del manguito rotatorio
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			
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	FS 2025-05-07 MODULO HOMBRO				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23401688	Fecha y hora de solicitud	2025-05-07-10:59		

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:		322	Reclamo de tickete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:			
Aplica cobro: SI			
Cuota moderadora	Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %
Tope máximo copagos	0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
cornizpi (CLAUDIA PATRICIA ORTIZ PIEDRAHITA)		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		2025-12-02	
		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Original