



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: 2025061229834836 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29834836

FECHA Y HORA : 2025-06-12-11:15

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Código	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	MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

BUILES		MAZO		EMMANUEL				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	RC	Número documento de identificación	1015080040			Fecha de nacimiento	2022-04-21	
Dirección de Residencia Habitual		Carrera 30 # 71 -73					Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular	3136894107		Correo electrónico	saragasociacionamigos.org@gmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	Categoría O		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	dermatología (Consulta Ext)				Diagnóstico Principal	L282 - Otros prurigos	
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					
890342	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA					
Observación	fecha om 2025-03-27. ok						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23732737			Fecha y hora de solicitud		2025-06-12-10:54

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:				164		Reclamo de ticket, 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			
bhenaope (DORALBANY HENAO PEREZ)		AUTORIZADOR SAVIASALUD			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		Fecha fin autorización	2025-12-09
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2 5 0 3 2 7 6 4 7 2 FECHA: 2 0 2 5 / 0 3 / 2 7
HORA: 1 2 : 1 4

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA										NIT	X	8 9 0 9 0 5 1 7 7									
Codigo:	0	5	0	0	1	0	6	0	8	6	0	1	Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61									
Telefono	098 4447192										Departamento:	ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1										

Indicativo	Telefono	Entidad a la que se le informa (pagador)	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Codigo:	EPSS40
------------	----------	--	--	---------	--------

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
BUILES	MAZO	EMMANUEL	
Tipo Documento de identificacion		Numero de Documento de identificacion	

☒ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☐ Cedula de ciudadania	☐ Menor sin identificacion	1 0 1 5 0 8 0 0 4 0
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identifiacio	Fecha de nacimiento:	2 1 / 0 4 / 2 0 2 2
Direccion de Residencia Habitual: Carrera 30 # 71 -73				Telefono: 3 1 4 7 0 0 6 3 7 7

Departamento:	ANTIOQUIA	0 5	Municipio:	MEDELLIN	0 0 1
---------------	-----------	-----	------------	----------	-------

Telefono Celular:	3 1 4 7 0 0 6 3 7 7	Correo Electronico	SINXORREO@GMAIL.COM
-------------------	---------------------	--------------------	---------------------

Cobertura en salud	☐ Regimen Contributivo	☐ Regimen Subsidiado_Parcial	☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN	☐ Desplazados
	☒ Regimen subsidiado-Total	☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN	☐ Plan Adicional de Salud	☐ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS			
Origen de la Atencion	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion	
☒ Enfermedad General	☐ Accidente de Trabajo	☒ Prioritaria	
☐ Enfermedad Profesional	☐ Evento Catastrofico	☐ No Prioritaria	
☐ Accidente de Transito	☒ Posterior a la atencion de Urgencias		
	☒ Servicios Electivo		

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta_Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias
☐ Hcspitalizacion	☐ Servicio CONSULTA EXTERNA
Cama	

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 4 2	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

Justificación Clínica: PCTE CON PRURIGO, SE EXPLICAM, SE FORMULA DESONIDA, LORATADINA ORAL 3 ML CADA NOCHE, ADEMAS SE RECOMIENDA REPELENTE DIARIO Y USO DE FOTOPROTECCION. CITA EN 3 MESES

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	L 2 8 2	OTROS PRURIGOS
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

tamien
Final
maco

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita	GALVIS FRANCO WILSON DE JESUS	Telefono	
Cargo Actividad	DERMATOLOGIA	Indicativo	
		Numero	
		Extension	
		Celular	
		Telefono: 4447192	

Waf

DR. WILSON GALVIS FRANCO
DERMATÓLOGO
R.M 51189-04

GALVIS FRANCO WILSON DE JESUS

TRÁMITE INTERNO
FECHA: 21/03/25
FIRMA: *ceen*