



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: 2025042329188695 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29188695
FECHA Y HORA : 2025-04-23-10:49

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900604350	Codigo	EPS040	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre						Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA						NI		890905177	
Código	050010608601				Telefono 1	6044447192			
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Telefono 2				
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE									
POSADA		MUNERA			KELLY		VANESSA		
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		1035391565		Fecha de nacimiento		1996-06-14
Dirección de Residencia Habitual		CALLE 45 #33A 23					Teléfono		6040001000
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	SANTO DOMINGO			
Teléfono celular		3136356678		Correo electrónico		posadakelly4@gmail.com			
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 2		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio Ginecobstetricia (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		R102 - Dolor pélvico y perineal			
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							
890350	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA							
Observación	F.A. 14/04/2025. RN								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23285043			Fecha y hora de solicitud		2025-04-23-10:38		
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:						681		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			4700.00		0.00 %		
Tope máximo copagos									
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
Ihurtadg (LAURA MARCELA HURTADO GALEANO)					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		2025-10-20
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				