



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026042133460207 - NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 33460207

FECHA Y HORA: 2026-04-21-11:34

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO						
Nombre	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		Nº	800604300	Código	EPSS43
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre			Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		830905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil	
Correo	agendata@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447182	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92E # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE						
VELA		OLVEROS		CAROLINA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	1039025156		
Fecha de nacimiento		1996-09-27				
Dirección de Residencia Habitual		CL 106 82 27		Teléfono		
604001000		Departamento		ANTIOQUIA		
Municipio		LIBORINA				
Teléfono celular		3207047133		Correo electrónico		
caro.9931a@gmail.com		Dirección alternativa		Nivel		
No Aplica		SERVICIOS AUTORIZADOS				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						
Servicio					Neurología (Consulta Ex)	Cama
Diagnóstico Principal					3430 - Migraña sin aura (migrana común)	
Manejo integral según Guía de						
Grupo de servicios						
Consultas externas						
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		
DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL		Código CUPS				
Cantidad		Descripción				
810374		1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA				
Observación: 25/03/2026 A LOS 16 AOS INICIO DOLOR DE CABEZA PULSATIL CON FOTOFOBIA SONOFOBIA SE LE INICIA EN HEMICRANEO IZQDO Y SE GENERALIZA LE DURA HORAS A DOS DIAS LE DA 2 X SEMANA SE AGRVA CON GRASA DULCES BEBIDAS OSCURAS HA TOMADO AINES ACETAMINOFEN CAFEINA AHORA PROPRANOLOL LLEVA 45 DIAS NO LE VE MEJOR						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		26207435		Fecha y hora de solicitud		
2026-03-30-04:40		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:				749		
Reclamo de ticket, bono o vale de pago				Recaudo del prestador:		
Aplica cobro: NO						
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos		
Porcentaje %		Exento cobro		0.00		
0.00 %		Tipo máxima copago		0		
Motivo Exente		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología				
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza			Cargo e actividad			
fratini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)			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	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018009423683			