



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: 2025072830405129 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30405129
FECHA Y HORA : 2025-07-28-03:41

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	Telefono 1	6044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2		
Dirección				
Calle 92EE # 67 - 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN	

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ		ALVAREZ		JULIAN		ANDRES		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1040320960		Fecha de nacimiento	1987-06-12
Dirección de Residencia Habitual		SD VEREDA ZAFRA					Teléfono	6042112939
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	BELMIRA			
Teléfono celular	3122668330		Correo electrónico	dasan1946@hotmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio				otorrinolaringología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal		S022 - Fractura de los huesos de la nariz			
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								
890282		1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA								
Observación		2025-07-18 para 2do concepto									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			24078754			Fecha y hora de solicitud		2025-07-22-10:43			

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:			208		Reclamo de ticket, 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 %
Tope máximo copagos	0				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad	
gsanche1 (GLORIA CECILIA SANCHEZ LUJAN)			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	2026-01-24
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683	