



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: 2025032728884004 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28884004
FECHA Y HORA : 2025-03-27-11:54

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	Telefono 2		
Dirección				
Calle 92EE # 67 - 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN	

DATOS DEL PACIENTE

GONZALEZ			BENAVIDES			NORA			ISABEL		
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		1040501692				Fecha de nacimiento		1963-12-07
Dirección de Residencia Habitual		LA UNION							Teléfono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA					Municipio		EL BAGRE			
Teléfono celular	3118733657			Correo electrónico							
Dirección alternativa								Nivel	Nivel 1		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio		otorrinolaringología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		Z430 - Atencion de traqueostomia			
Manejo integral según Guía de											
Grupo de servicios					Consulta externa						
Modalidad de la tecnología de salud			Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		TRATAMIENTO			
Código CUPS		Cantidad	Descripción								
972300		1	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD (CUPS - 972301)								
Observación	SE ORDENA PARA CAMBIO DE CANULA TQT POR UNA SHILLEY 6 SIN BALON CON FENESTRA CAMBIO EN SAL A DE ENDOSCOPIA CON FIBRONASOLARINGOSCOPIA										
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			23055999			Fecha y hora de solicitud		2025-03-27-09:26			

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:			352		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	
ahiguitj (ANDREA ABILENNY HIGUITA JARAMILLO)		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	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	