



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: 2025092231100741 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31100741

FECHA Y HORA : 2025-09-22-03:47

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	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2	8044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE									
CANO		DE CHICA		LIBIA		MARGARITA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación		22135498		Fecha de nacimiento	1944-10-02		
Dirección de Residencia Habitual		EDUARDO ANTONIO CHICASAN FORTUNATO				Teléfono	8040001000		
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	TARSO			
Teléfono celular	3124646355		Correo electrónico						
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 1		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)				Diagnostico Principal				
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							
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA							
Observación									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24640804		Fecha y hora de solicitud		2025-09-22-03:47			
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:						0 %			
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:						703		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		0 %			
Tope máximo copagos		0		Motivo Exento					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
Sistema					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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original