



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: 2026022632879450 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32879450
FECHA Y HORA : 2026-02-26-04:30

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			Teléfono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

PEREZ			ZAPATA			ALBA			LUZ		
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		43453999				Fecha de nacimiento		1972-02-19
Dirección de Residencia Habitual		CL 76 50 55						Teléfono		6045712179	
Departamento	ANTIOQUIA					Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular	3128931507		Correo electrónico								
Dirección alternativa							Nivel		No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama			
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)					Diagnostico Principal	872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)						
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									
890240		1		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR									
Observación		fs 2026-02-21											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN				25890351				Fecha y hora de solicitud		2026-02-23-01:33			

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:			725		Reclamo de tiquete, 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		Motivo Exento		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
nsemabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)		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
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		2026-08-25	
		018000423683	