



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: 2025123032215166 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32215166  
FECHA Y HORA : 2025-12-30-01:40

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 | Telefono Fijo    |
| Dirección             |                         |            |                |      |                  |
| Calle 92EE # 67 - 61  |                         |            |                |      |                  |
| Departamento          | ANTIOQUIA               | Municipio  | MEDELLIN       |      |                  |

DATOS DEL PACIENTE

|                                  |            |              |                                    |                                 |          |            |                     |            |
|----------------------------------|------------|--------------|------------------------------------|---------------------------------|----------|------------|---------------------|------------|
| ZABALA                           |            | MESA         |                                    | MIGUEL                          |          | ANGEL      |                     |            |
| 1er Apellido                     |            | 2do Apellido |                                    | 1er Nombre                      |          | 2do Nombre |                     |            |
| Tipo Documento De Identificación |            | CC           | Número documento de identificación |                                 | 14243223 |            | Fecha de nacimiento | 1963-03-12 |
| Dirección de Residencia Habitual |            |              | SD BARRIO BRISAS DEL ORIENTE       |                                 |          |            | Teléfono            |            |
| Departamento                     | ANTIOQUIA  |              |                                    | Municipio                       | YONDO    |            |                     |            |
| Teléfono celular                 | 3229629835 |              | Correo electrónico                 | miquelangelzabalamesa@gmail.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               |  | H905 - Hipoacusia neurosensorial sin otra especificacion |  |      |  |
| 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                                                                                                 |                                     |  |                                     |  |                                                          |  |      |  |
| 180302                                                             |  | 2        | EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA |                                     |  |                                     |  |                                                          |  |      |  |
| Observación                                                        |  | OK       |                                                                                                             |                                     |  |                                     |  |                                                          |  |      |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                         |  |          | 25263860                                                                                                    |                                     |  | Fecha y hora de solicitud           |  | 2025-12-03-01:35                                         |  |      |  |

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:                                    |  |                       | 204 |                | 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 régimen subsidiado |

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

|                                                                            |  |                                                                          |  |                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|------------|
| Nombre de quien autoriza                                                   |  | Cargo o actividad                                                        |  |                        |            |
| Jtorreso (JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO)                                    |  | 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 | 2026-06-28 |
| Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS                                 |  | 018000423683                                                             |  |                        |            |