



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: 2025072330338167 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30338167
FECHA Y HORA : 2025-07-23-08:39

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

GUEVARA			VALENCIA			LUIS			EMILIO			
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación			CC	Número documento de identificación			16352326			Fecha de nacimiento		1951-11-04
Dirección de Residencia Habitual			SECTOR LA QUEBRADA TAHAMI							Teléfono		6040001000
Departamento		ANTIOQUIA					Municipio		OLAYA			
Teléfono celular		3207694683			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	D381 - Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la traquea de los bronquios y del pulmon		
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios				Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		DIAGNOSTICO
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
332203	1	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR					
Observación	ok						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24075746			Fecha y hora de solicitud		2025-07-22-07:36

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:			591		Reclamo de tickete, 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		
rgonzall (ROBERTO GONZALEZ LEDESMA)			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	2026-01-19
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		