



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: 2025111331718661 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31718661

FECHA Y HORA : 2026-02-11-12:00

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

DATOS DEL PACIENTE

GOMEZ		LUZ		EMILSEN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación
21462009		Fecha de nacimiento		1960-03-21	
Dirección de Residencia Habitual		Cra 49 #52-20 Avenida Medellin		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ANDES		
Telefono celular	3137619666	Correo electrónico	ARMANDOJGL8@hotmail.com		
Dirección alternativa		Nivel		Nivel 1	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio		Cirugía de Torax (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		DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL			
Código CUPS		Cantidad	Descripción								
890333		1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX								
Observación											
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25101065			Fecha y hora de solicitud		2025-11-13-06:41			

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:			710		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	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	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			