



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: 2026031033011860 - NUMERO DE AUTORIZACION: 33011860
FECHA Y HORA : 2026-03-10-10:01

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	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

AGUDELO		MARTINEZ		BLANCA		DOLLY		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		21664298		Fecha de nacimiento	1962-12-21
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA ALTA VISTA				Teléfono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	SAN LUIS			
Teléfono celular	3127014551		Correo electrónico					
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio				Ginecobstetricia (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		N818 - Otros prolapso genitales femeninos		
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								
890250		1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA								
Observación		ANEXO DEL 10-11-2025									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25966358				Fecha y hora de solicitud		2026-03-03-10:52		

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:			1136		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	
Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)		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	2026-09-06
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	