



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: 2025090330865642 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30865642
FECHA Y HORA : 2025-09-03-01:38

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

DATOS DEL PACIENTE

USUGA		MONTOYA		VIRGELINA				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		32409515		Fecha de nacimiento	1944-08-30
Dirección de Residencia Habitual		CONT 1630153001000				Teléfono	8043710146	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	ITAGUI			
Teléfono celular	3007263766		Correo electrónico					
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Neumología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	R91X - Hallazgos anormales en diagnostico por imagen 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		OTRA
Código CUPS		Cantidad	Descripción				
890271		1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA				
Observación	FF 2025-02-14 se cambia de ips por contrato con Icor						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24459255			Fecha y hora de solicitud		2025-09-03-01:30

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:				700	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	Motivo Exento			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
kpachona (KEITHY YISETH PACHON ARTUNDUAGA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la	