



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: 2025081130578828 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30578828  
FECHA Y HORA : 2025-08-11-04:35

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 | Telefono 2 |                |                  |
| Dirección             |                         |            |                |                  |
| Calle 92EE # 67 - 61  |                         |            |                |                  |
| Departamento          | ANTIOQUIA               | Municipio  | MEDELLÍN       |                  |

DATOS DEL PACIENTE

|                                  |            |                       |                                    |            |          |            |                     |            |
|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------|------------|----------|------------|---------------------|------------|
| SERNA                            |            | ARANGO                |                                    | MARIA      |          | EUGENIA    |                     |            |
| 1er Apellido                     |            | 2do Apellido          |                                    | 1er Nombre |          | 2do Nombre |                     |            |
| Tipo Documento De Identificación |            | CC                    | Número documento de identificación |            | 21758975 |            | Fecha de nacimiento | 1968-04-24 |
| Dirección de Residencia Habitual |            | SD VEREDA LA SIERRITA |                                    |            |          |            | Teléfono            |            |
| Departamento                     | ANTIOQUIA  |                       |                                    | Municipio  | GIRALDO  |            |                     |            |
| Teléfono celular                 | 3003000000 |                       | Correo electrónico                 |            |          |            |                     |            |
| Dirección alternativa            |            |                       |                                    |            |          | Nivel      | Nivel 2             |            |

SERVICIOS AUTORIZADOS

|                                                                    |                                 |          |            |                                                        |  |                       |                                                   |                           |  |                  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|------------|--------------------------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|--|------------------|--|--|
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: |                                 |          |            |                                                        |  |                       |                                                   |                           |  | Cama             |  |  |
| Servicio                                                           | Medicina General (Consulta Ext) |          |            |                                                        |  | Diagnostico Principal | B690 - Cisticercosis del sistema nervioso central |                           |  |                  |  |  |
| Manejo integral según Guía de                                      |                                 |          |            |                                                        |  |                       |                                                   |                           |  |                  |  |  |
| Grupo de servicios                                                 |                                 |          |            |                                                        |  | Consulta externa      |                                                   |                           |  |                  |  |  |
| Modalidad de la tecnología de salud                                |                                 |          | Intramural |                                                        |  |                       | Finalidad de la tecnología de salud               |                           |  | TRATAMIENTO      |  |  |
| Código CUPS                                                        |                                 | Cantidad |            | Descripción                                            |  |                       |                                                   |                           |  |                  |  |  |
| 890274                                                             |                                 | 1        |            | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA |  |                       |                                                   |                           |  |                  |  |  |
| Observación                                                        |                                 | ok       |            |                                                        |  |                       |                                                   |                           |  |                  |  |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                         |                                 |          |            | 24251104                                               |  |                       |                                                   | Fecha y hora de solicitud |  | 2025-08-11-03:22 |  |  |

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:                                    |        |                       | 140 |                | Reclamo de ticket, 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                                                                                     | 621164 |                       |     |                |                                        |

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 | 2026-02-07 |
| Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS                                 |  | 018000423683                                                             |  |                        |            |