



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: 2025092531140675 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31140675

FECHA Y HORA : 2025-09-25-09:41

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	3205970178	Tipo	Telefono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE									
VALENCIA		DE LOPEZ		GABRIELA		ROSA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		21928381		Fecha de nacimiento		1942-12-12	
Dirección de Residencia Habitual		CALLE 50 N 13 63				Teléfono		6048330861	
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	PUERTO BERRIO			
Telefono celular	3216477526		Correo electrónico						
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	M170 - Gonartrosis primaria bilateral			
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							
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA							
Observación	Anexo 16/06/2025, Reemplaza NUA 29915926 Se genera autorización desde el área jurídica								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24543762			Fecha y hora de solicitud		2025-09-11-02:26		
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:					686		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					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
enaranjm (ESTEFANY NARANJO MEJIA)					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		2026-03-24	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				