



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: 2026022632866723 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32866723

FECHA Y HORA : 2026-02-26-08:38

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	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

RAMIREZ		DE QUINTERO		ROSA		NORA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		22008205		Fecha de nacimiento	1962-02-10
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA RIOCLARO					Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	SAN LUIS			
Teléfono celular	3218795992		Correo electrónico					
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio		Medicina Interna (Consulta Ext)				Diagnostico Principal					
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								
890371		1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA								
Observación											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25923615			Fecha y hora de solicitud		2026-02-26-08:38			

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:			458		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	0 %
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		
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		