



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: 2025090230838856 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30838856
FECHA Y HORA : 2025-09-02-07:28

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900604350		Codigo	EPS040
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									
RADA		RUIZ		ELVIRA		ROSA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		26026538		Fecha de nacimiento		1959-01-07	
Dirección de Residencia Habitual		KRA 55A 68 38				Teléfono		6043727357	
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	ITAGUI			
Teléfono celular	3042506221		Correo electrónico	pachofercho14@gmail.com					
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 2		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:									
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	E785 - Hiperlipidemia no especificada		Cama	
Manejo Integral según Guía de									
Grupo de servicios					Consulta externa				
Modalidad de la tecnología de salud					Intramural				
Código CUPS	Cantidad	Descripción			Finalidad de la tecnología de salud		OTRA		
881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO							
Observación	SOPORTE 2025-08-15								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	24440675			Fecha y hora de solicitud	2025-09-02-07:22				
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:									
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:					700		Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: SI									
Cuota moderadora	☒	Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago		Exento cobro		4700.00		0.00 %			
Tope máximo copagos	356548		Motivo Exento						
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
nruarest (NICOLE RUA RESTREPO)					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		2026-03-01
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original

fonos 018