



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: 202510231459450 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31459450  
FECHA Y HORA : 2025-10-22-01:06

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

DATOS DEL PACIENTE

|                                  |  |            |              |                                    |  |                           |           |       |            |                     |            |            |
|----------------------------------|--|------------|--------------|------------------------------------|--|---------------------------|-----------|-------|------------|---------------------|------------|------------|
| BERMUDEZ                         |  |            | DE GUTIERREZ |                                    |  | MARTHA                    |           |       | HELENA     |                     |            |            |
| 1er Apellido                     |  |            | 2do Apellido |                                    |  | 1er Nombre                |           |       | 2do Nombre |                     |            |            |
| Tipo Documento De identificación |  |            | CC           | Número documento de identificación |  |                           | 32440821  |       |            | Fecha de nacimiento |            | 1946-11-14 |
| Dirección de Residencia Habitual |  |            | CL 41 43A 07 |                                    |  |                           |           |       | Teléfono   |                     | 6042321608 |            |
| Departamento                     |  | ANTIOQUIA  |              |                                    |  |                           | Municipio |       | MEDELLÍN   |                     |            |            |
| Teléfono celular                 |  | 3205787238 |              | Correo electrónico                 |  | santiordrigui15@gmail.com |           |       |            |                     |            |            |
| Dirección alternativa            |  |            |              |                                    |  |                           |           | Nivel |            | Nivel 2             |            |            |

SERVICIOS AUTORIZADOS

|                                                                    |                                 |                               |            |                                                              |                       |                                     |                           |             |                  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------|------|--|
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: |                                 |                               |            |                                                              |                       |                                     |                           |             |                  | Cama |  |
| Servicio                                                           | Medicina Interna (Consulta Ext) |                               |            |                                                              | Diagnostico Principal |                                     | 771 - Estrechez arterial  |             |                  |      |  |
| Manejo integral según Guía de                                      |                                 |                               |            |                                                              |                       |                                     |                           |             |                  |      |  |
| Grupo de servicios                                                 |                                 |                               |            |                                                              | Consulta externa      |                                     |                           |             |                  |      |  |
| Modalidad de la tecnología de salud                                |                                 |                               | Intramural |                                                              |                       | Finalidad de la tecnología de salud |                           | DIAGNOSTICO |                  |      |  |
| Código CUPS                                                        |                                 | Cantidad                      |            | Descripción                                                  |                       |                                     |                           |             |                  |      |  |
| 890240                                                             |                                 | 1                             |            | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR |                       |                                     |                           |             |                  |      |  |
| Observación                                                        |                                 | Fecha Orden Medica 2025-10-16 |            |                                                              |                       |                                     |                           |             |                  |      |  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                         |                                 |                               |            | 24862290                                                     |                       |                                     | Fecha y hora de solicitud |             | 2025-10-17-11:25 |      |  |

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:                                    |  |                       | 707 |                | 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                                                                                     |  | 621164                |     | Motivo Exento  |                                         |              |  |

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

|                                                                            |                                                                          |                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| Nombre de quien autoriza                                                   |                                                                          | Cargo o actividad      |            |
| Iusugaec (LIZETH VIVIANA USUGA ECHEVERRI)                                  |                                                                          | 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 | 2026-04-20 |
| Línea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS                                 |                                                                          | 018000423683           |            |