



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: 2025080430493709 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30493709
FECHA Y HORA : 2025-08-04-12:07

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

DATOS DEL PACIENTE

TORO				MARIA		MAGNOLIA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		32485248		Fecha de nacimiento	1950-03-18
Dirección de Residencia Habitual		CL 98 50 114				Teléfono	6046033556	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN	
Teléfono celular		3213020162		Correo electrónico		niyaguto@gmail.com		
Dirección alternativa						Nivel		Nivel 2

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Cirugia Vascular (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)	
Manejo integral según Guía de						
Grupo de servicios			Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud	DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL	
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890340	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR				
Observación	07/07/25					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24138730		Fecha y hora de solicitud	2025-07-29-10:46	

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:			696		Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		0.00	
Tope máximo copagos		621164		0.00 %	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
kpachona (KEITHY YISETH PACHON ARTUNDUAGA)		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	2026-01-31
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			