



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025072930416244 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30416244

FECHA Y HORA : 2025-07-29-10:47

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	6044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2		
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	

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	MEDELLIN			
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						
399201	1	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)						
Observación								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24138731			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:				10 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			695		Reclamo de tickete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		101513	10 %
Tope máximo copagos	621164				

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	
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	