



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: 2026011632379090 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32379090

FECHA Y HORA : 2026-01-16-03:37

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	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	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

TABARES		JIMENEZ		ROSANA				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		32498751		Fecha de nacimiento	1949-04-25
Dirección de Residencia Habitual		CR Medellín Medellín con calle 54 con calle 54					Teléfono	6045093343
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		ABEJORRAL	
Teléfono celular		3117145742		Correo electrónico		rosanatabares49@gmail.com		
Dirección alternativa						Nivel		Nivel 1

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama	
Servicio	Cirugia Vascular (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						
890340	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR						
Observación								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25558385			Fecha y hora de solicitud		2026-01-16-03:37	

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:			871		Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		Porcentaje %	
		✓		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			