



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: 2025122632180199 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32180199

FECHA Y HORA : 2025-12-26-01:25

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900804350		Codigo	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890805177		
Código	050010608801				Telefono 1	3205870178		Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Telefono 2	8044447182		Tipo	Telefono Fijo
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE									
BETANCUR			SOTO			MARIA		ALEIDA	
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación			32541412		Fecha de nacimiento	1956-09-18
Dirección de Residencia Habitual			KR 72 A 94 82				Telefono	8042370224	
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLIN			
Telefono celular	3107415290		Correo electrónico	maria.betanour608@hotmail.com					
Dirección alternativa							Nivel	C-Solidaria	
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	M170 - Gonartrosis primaria bilateral			
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							
839601	1	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA							
Observación	10/12/2025								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25332808			Fecha y hora de solicitud		2025-12-12-08:52	
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:					688		Reclamo de ticket, 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		0		Motivo Exento		Exonerado de copago por régimen subsidiado			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				



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: 2026012932524535 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32524535

FECHA Y HORA : 2026-01-29-07:26

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	050010608801			Telefono 1	3205870178	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									
BETANCUR		SOTO		MARIA		ALEIDA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación		32541412		Fecha de nacimiento		1956-09-16	
Dirección de Residencia Habitual		KR 72 A 94 82				Teléfono		6042370224	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLIN				
Telefono celular	3107415290		Correo electrónico	maria.betanour608@hotmail.com					
Dirección alternativa					Nivel	C-Solidaria			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama		
Servicio ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)				Diagnóstico Principal		M170 - Gonartrosis primaria bilateral			
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							
880380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA							
Observación	06/01/2026								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25664416		Fecha y hora de solicitud		2026-01-29-07:25			
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:				703		Reclamo de ticket, 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		0		Motivo Exento		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad					
jrodasja (JULIO ANDRES RODAS JARAMILLO)				AUTORIZADOR SAVIASALUD					
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas				La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		Fecha fin autorización		2026-07-26	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683					