



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: 2026031233048016 - NUMERO DE AUTORIZACION: 33048016
FECHA Y HORA : 2026-03-12-12:01

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	3205970178	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

SOSA		RAMIRO		IGNACIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Tipo Documento De Identificación		CC	
Número documento de identificación		3490470		Fecha de nacimiento	
1961-12-01		Dirección de Residencia Habitual		VEREDA LA CLARA	
Teléfono		6048627699		Departamento	
ANTIOQUIA		Municipio		GOMEZ PLATA	
Teléfono celular		3193424056		Correo electrónico	
groasesores@gmail.com		Dirección alternativa		Nivel	
Nivel 1					

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
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				
601101	1	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL				
881701	1	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS				
Observación	FS 09/01/2026 Bot de Whatsapp AU					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		26058351		Fecha y hora de solicitud	2026-03-12-12:00	

PÁGOS 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:			194		
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	0 %
Topo máximo copagos	0	Motivo Exento	El programa está exonerado de copago		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Ifrancor (LUISA FERNANDA FRANCO RESTREPO)			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	2026-09-08
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			