



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: 2025101031336812 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31336812
FECHA Y HORA : 2025-10-10-04:52

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 Móvil
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2	6044447192		Tipo	Teléfono Fijo
Dirección								
Calle 92EE # 67 - 61								
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN			

DATOS DEL PACIENTE

RESTREPO		GAVIRIA		FABIO		ENRIQUE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		3648755		Fecha de nacimiento	1941-08-31
Dirección de Residencia Habitual		SD CL 57 62 39 APTO 301				Teléfono	6042729049
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	BELLO		
Teléfono celular	3012724281		Correo electrónico	malumecar2@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Urología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios				Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA					
Observación							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24811400			Fecha y hora de solicitud		2025-10-10-04:52

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:			882	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	✓	0
Tope máximo copagos		621164	Motivo Exento	0 %

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	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		Fecha fin autorización	
		018000423683	