



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: 2025101731412678 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31412678

FECHA Y HORA : 2025-10-17-03:29

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									
HERNANDEZ		MACIAS		DILIA		DE JESUS			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		39170378		Fecha de nacimiento		1962-10-25	
Dirección de Residencia Habitual		CL 20 # - URBANIZACION LOS ALPES				Teléfono			
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	SAN LUIS			
Teléfono celular	3023895713		Correo electrónico	dilaansa25@hotmail.com					
Dirección alternativa						Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	Q619 - Enfermedad quística del rinon no especificada				
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							
890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA							
Observación	OK								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24733781			Fecha y hora de solicitud		2025-10-02-11:01		
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:						706		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					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
smurilm (SANDRA MILENA MURILLO MURILLO)					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		2026-04-15
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				