



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: 2025050929378811 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29378811
FECHA Y HORA : 2025-05-09-11:55

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	6044447192			
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Telefono 2				
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE									
VIANA		DE POSADA			ROSA		ANGELICA		
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CC	Número documento de identificación		21799561		Fecha de nacimiento		1932-07-08
Dirección de Residencia Habitual		CL 52 24 44					Teléfono		6045704714
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular		3158201322	Correo electrónico		amandaposadaviana@gmail.com				
Dirección alternativa						Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio Urología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		R32X - Incontinencia urinaria 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							
573201	1	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL							
Observación	se aprueba								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23326695			Fecha y hora de solicitud		2025-04-28-03:29		
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:					683		Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: SI									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación			Valor en pesos		Porcentaje %		
Copago		Exento cobro			0.00		0.00 %		
Tope máximo copagos		0							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
sospinam (SANDRA MILENA OSPINA MUÑOZ)					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		2025-11-05
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				