



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: 2026022632876124 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32876124
FECHA Y HORA : 2026-02-26-02:47

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	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

CORREA			ORTIZ			MIRIAM			ROSA		
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación			42968748			Fecha de nacimiento		1959-01-21
Dirección de Residencia Habitual		CL 89 38 34							Teléfono		6042639523
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3014729919		Correo electrónico		alvarezdelby856@gmail.com					
Dirección alternativa							Nivel		No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio	Neumología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	R91X - Hallazgos anormales en diagnostico por imagen del pulmon					
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							
332203		1		PAQ - BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR							
Observación		ANEXO 20/01/2026 Con cepillado, lavado y biopsia, incluye estudios de laboratorios									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN				25865303			Fecha y hora de solicitud		2026-02-19-02:50		

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:				725	Reclamo de tiquete, 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		
sherrerm (STIVEN HERRERA MENDEZ)			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	2026-08-25
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		