



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: 2025112431814616 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31814616

FECHA Y HORA : 2025-11-24-10:46

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	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	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

COSSIO		POSSO		MARIA		CECILIA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		43080552		Fecha de nacimiento	1950-11-12
Dirección de Residencia Habitual		KR 86A 106B 43					Teléfono	6044775559
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLIN	
Teléfono celular		3128637152		Correo electrónico		lina-0819@hotmail.com		
Dirección alternativa						Nivel		Nivel 2

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio		Medicina Interna (Consulta Ext)				Diagnostico Principal					
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								
890366		1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA								
Observación											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25172862			Fecha y hora de solicitud		2025-11-24-10:46			

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:			865		Reclamo de tickete, 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 %
Tope máximo copagos		621164		Motivo Exento		

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		Fecha fin autorización
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		