



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: 2025102031430095 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31430095
FECHA Y HORA : 2025-10-20-02:54

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

DATOS DEL PACIENTE

TORO				MARIA		MAGNOLIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		32485248		Fecha de nacimiento	1950-03-18
Dirección de Residencia Habitual		CL 98 50 114				Teléfono	6048033556
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3213020162	Correo electrónico	niyaguto@gmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía Vascular (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	I872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)
Manejo integral según Guía de				Consulta externa	
Grupo de servicios				DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL	
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud	
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
399201	1	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24862723		Fecha y hora de solicitud	2025-10-20-02:53

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			10 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			707	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		101513	10 %
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 Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	