



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: 2025082030689960 - NUMERO DE AUTORIZACION: 30689960
FECHA Y HORA : 2025-08-20-04:39

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	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

MUNERA		BARRIENTOS		CONSUELO		DEL SOCORRO		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		43360607		Fecha de nacimiento	1962-09-06
Dirección de Residencia Habitual		CR 70 # 25 B - 14 INT 201					Teléfono	6046022645
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	BELLO			
Teléfono celular	3017747244		Correo electrónico					
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)		
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						
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILADORES						
Observación	sop del 05 de ago 2025							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24334320			Fecha y hora de solicitud		2025-08-20-04:34	

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:			902		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	621164		Motivo Exento		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
kechevac (KELY JOHANA ECHAVARRIA CASTANO)		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	2026-02-16
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			