



## 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: 2026011932388781 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32388781

FECHA Y HORA : 2026-01-19-09:39

## 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            | Teléfono 1 | 3205970178     | Tipo | Teléfono Movil   |
| Correo                | agendate@lamaria.gov.co | Teléfono 2 | 6044447192     | Tipo | Teléfono 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 Interna (Consulta Ext) |                                                                           |            |  | Diagnostico Principal | C341 - Tumor maligno del lobulo superior bronquio o pulmon |      |                                          |
| Manejo integral según Guía de                                      |                                 |                                                                           |            |  |                       |                                                            |      |                                          |
| Grupo de servicios                                                 |                                 |                                                                           |            |  | Consulta externa      |                                                            |      |                                          |
| Modalidad de la tecnología de salud                                |                                 |                                                                           | Intramural |  |                       | Finalidad de la tecnología de salud                        |      | DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL |
| Código CUPS                                                        | Cantidad                        | Descripción                                                               |            |  |                       |                                                            |      |                                          |
| 890366                                                             | 1                               | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA |            |  |                       |                                                            |      |                                          |
| Observación                                                        |                                 |                                                                           |            |  |                       |                                                            |      |                                          |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN                                         |                                 |                                                                           | 25566902   |  |                       | Fecha y hora de solicitud                                  |      | 2026-01-19-09:39                         |

## 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:                                    |  |        |                       | 924 |               | 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                                                                                     |  | 651155 |                       |     | Motivo Exento |                                         |  | Programa especial (RIAS08) |  |

## 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                                                             |  |                        |