



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: 2025110431592711 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31592711
FECHA Y HORA : 2025-11-04-10:11

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

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	Teléfono Fijo
Dirección							
Calle 92EE # 67 - 61							
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

MAZO		ZULETA		YAIRA		MARIA						
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre						
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación			43437700		Fecha de nacimiento		1966-08-27		
Dirección de Residencia Habitual		CL 20 F 43 B 28							Teléfono		6044623090	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		BELLO				
Teléfono celular		3003332209		Correo electrónico		yairamazo@gmail.com						
Dirección alternativa							Nivel		Nivel 1			

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama		
Servicio				Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal		M233 - Otros trastornos de los meniscos	
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					
839601		1		INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA					
Observación		Fecha Orden Medica 2025-10-23							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25006921			Fecha y hora de solicitud		2025-11-04-09:35	

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:			1074		Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		Porcentaje %	
		✓		0.00	
Tope máximo copagos		Motivo Exento		0.00 %	

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
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			2026-05-03		
			018000423683		