



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: 2026052633870512 - NUMERO DE AUTORIZACION: 33870512

FECHA Y HORA : 2026-05-26-10:37

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				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									
CASTAÑO			GUZMAN			MIRYAN		DEL CARMEN	
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación			43450130		Fecha de nacimiento	1973-08-13
Dirección de Residencia Habitual		BOSQUE CHIGORODO					Telefono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	SAN LUIS			
Telefono celular	3215910753		Correo electrónico						
Dirección alternativa						Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	T784 - Alergia no especificada			
Manejo integral según Guía de									
Grupo de servicios			Consulta externa						
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		DIAGNOSTICO		
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
890225	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA							
Observación	Fecha Orden Medica 2026-05-14								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		26646559			Fecha y hora de solicitud		2026-05-23-05:19		
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:					394	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		0	Motivo Exento		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología				
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
Iquintel (FLOR NATALI QUINTERO LONDONO)					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		2026-11-22	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683						

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Copia 2