



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: 2025022628521953 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28521953
FECHA Y HORA : 2025-02-26-04:21

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	6044447192			
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Telefono 2				
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE									
QUINTERO		MARIN			LUZ		DARY		
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		43518624		Fecha de nacimiento		1967-07-15
Dirección de Residencia Habitual		KR 50 121 37					Telefono	6044642918	
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
Telefono celular		3104468934	Correo electrónico		areizahellent@hotmail.com				
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	J450 - Asma predominantemente alergica			
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							
902219	1	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL							
Observación	fecha 22/1/2025								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22790546			Fecha y hora de solicitud		2025-02-26-03:28		
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:						673		Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: SI									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación			Valor en pesos		Porcentaje %		
Copago		Exento cobro			0.00		0.00 %		
Tope máximo copagos		621164							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
nruarest (NICOLE RUA RESTREPO)					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				
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				