



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: 2025121132028271 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32028271
FECHA Y HORA : 2025-12-11-01:35

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	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	MEDELLIN		

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							Teléfono	6044642918	
Departamento	ANTIOQUIA					Municipio		MEDELLIN			
Teléfono 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	otras Consultas de Especialidad (Consulta Ext)				Diagnostico Principal						
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								
860203		1	PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)								
Observación											
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN			25324692			Fecha y hora de solicitud		2025-12-11-01:35			

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				714	Reclamo de tickete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		42390	10 %
Tope máximo copagos		621164	Motivo Exento		

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		