



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: 2026012932532377 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32532377
FECHA Y HORA : 2026-01-29-12:18

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			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	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				Teléfono	6044642918	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN			
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 Cirugia General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		K808 - Otras coleditiasis		
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				
545101		1	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCÓPICA				
Observación		FF 07/01/2025					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25667945		Fecha y hora de solicitud		2026-01-29-10:58	

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			721	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago	✓	Exento cobro		187995.00
Tope máximo copagos		651155	Motivo Exento	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
dacostae (DANIELA MERCEDES ACOSTA ECHAVARRIA)		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		2026-07-28	
		018000423683	