



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: 2025060629759484 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29759484
FECHA Y HORA : 2025-06-06-02:17

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	Teléfono 2		
Dirección				
Calle 92EE # 67 - 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN	

DATOS DEL PACIENTE

LOPEZ			GIRALDO			MARIA			EMILCE		
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación			43644452			Fecha de nacimiento		1972-10-20
Dirección de Residencia Habitual		PALMICHAL							Teléfono		6040001000
Departamento	ANTIOQUIA					Municipio		SAN CARLOS			
Teléfono celular		3157103720		Correo electrónico							
Dirección alternativa								Nivel		No Aplica	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio			Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)			
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								
385905		1	PAQ - OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES								
Observación		29-04-2025 milzq									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			23609072			Fecha y hora de solicitud		2025-05-29-07:48			

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:			740		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		0.00	0.00 %
Tope máximo copagos	0				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad	
kpachona (KEITHY YISETH PACHON ARTUNDUAGA)			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	2025-12-03
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683	