



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: 2025060529735963 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29735963
FECHA Y HORA : 2025-06-05-11:37

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900604350	Código	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177
Código	050010508601	Teléfono 1	8044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2		
Dirección				
Calle 92EE # 67 - 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN	

DATOS DEL PACIENTE

MONTOYA		TABORDA		NINI		JOANNA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43872490			Fecha de nacimiento	1980-03-04
Dirección de Residencia Habitual		CR 37 55 A SUR 40				Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	SABANETA		
Teléfono celular	3122990816		Correo electrónico	joanataborda48@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Dermatología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	L259 - Dermatitis de contacto forma y causa no especificadas	
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					
860202	1	PRUEBA EPICUTANEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)					
Observación	Fecha Orden Medica 2025-05-20						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23518369			Fecha y hora de solicitud		2025-05-20-07:49

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:			52	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		
Copago		Exento cobro		
Tope máximo copagos		0.00		Porcentaje % 0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
ruizveg (RUTI ISABEL RUIZ VEGA)		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 2025-12-02
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	