



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: 202509231095093 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31095093
FECHA Y HORA : 2025-09-22-12:26

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

CARDONA				ADAN				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		70120371		Fecha de nacimiento	1956-09-27
Dirección de Residencia Habitual		KR 36 69 95 AP 202				Teléfono		6042128699
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN	
Teléfono celular		3002726085		Correo electrónico		Karenillu2206@gmail.com		
Dirección alternativa					Nivel		Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	J441 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica con exacerbadion aguda no especificada	
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				
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES				
Observación	HIPOVENTILADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN SIN ALTERACIONES EXTREMIDADES NORMALES PACIENTE CON ANTECEDENTES DESCRITOS QUIEN ACUDE POR EXACERBACIÓN DLE EPOC SE DA ORDEN AMENJO MEDICO CON INHALDRORES SE DA ORDEN DE GAS ARTERIAL ORDEN DE ESPIROMETRIA INGRESO AL PROGRAMA DE EPOC POR SOSPECHA DE INSUFICIENCIA VENOSA ARTERIAL SE DA ORDEN DE ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL Y VENOSO SE EXPLICA ENTIENDE Y ACEPTA Espirometria o curva de flujo volumen pre y post broncodilatadores					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24620855		Fecha y hora de solicitud		2025-09-19-11:10

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:			703	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro	15428.00	10.00 %
Tope máximo copagos	621164	Motivo Exento		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
mcallec (MARIA ALEJANDRA CALLE OCHOA)		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
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		2026-03-21	
		018000423683	