



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: 2025121832106786 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32106786

FECHA Y HORA: 2025-12-18-09:58

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	NIT	900604350	Código	EPS340
--------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil
Correo	ngendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6014447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

CASTAÑO		SUESCUN		JOHN		JAIRO		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		71640508		Fecha de nacimiento	1963-12-02
Dirección de Residencia Habitual		CL 59 A # 36 - 9				Teléfono	6046032685	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular	3004615640		Correo electrónico	JOHNYCASTANOS02@GMAIL.COM				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama
Servicio	Neurocirugía (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	M501 - Trastorno de disco cervical con radiculopatía	
Manejo integral según Guía de						
Grupo de servicios				Consulta externa		
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890373	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA				
Observación						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25377506		Fecha y hora de solicitud		2025-12-18-09:58

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			790	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: NO				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago		Exento cobro	✓	0
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			
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Copia 1