



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: 2025043029274322 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29274322
FECHA Y HORA : 2025-04-30-02:52

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

DATOS DEL PACIENTE

ARROYAVE		ARANGO		JAVIER				
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		98499424		Fecha de nacimiento	1968-04-05
Dirección de Residencia Habitual		CL 50 59 16 201					Teléfono	6042724754
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	BELLO			
Teléfono celular	3235116475		Correo electrónico	juan_tobon@outlook.com				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	otorrinolaringología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J342 - Desviación del tabique nasal		
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				
890382	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA				
Observación	2025-04-07					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23349977		Fecha y hora de solicitud	2025-04-30-02:12	

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:			682	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago		Exento cobro		Porcentaje %
Tope máximo copagos		0	0.00	0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
dsalazae (DAYHANA NALLYBE SALAZAR ESPINOSA)		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	2025-10-27
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		