



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: 2025032528841751 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28841751
FECHA Y HORA : 2025-03-25-09:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900604350	Codigo	EPS040	
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									
MARTINEZ		LEAL			RAFAEL		HUMBERTO		
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación		CE	Número documento de identificación		999018		Fecha de nacimiento		1952-12-19
Dirección de Residencia Habitual		KR 21 36 25					Teléfono		6043295390
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular		3015204128	Correo electrónico		martinez.daniella@gmail.com				
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 2		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		M545 - Lumbago no especificado			
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							
890343	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS							
Observación	Soportes 13/06/2024 -- reemplaza nua 26769423 renovar								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23028759			Fecha y hora de solicitud		2025-03-25-08:08		
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:						286		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		4700.00			0.00 %		
Tope máximo copagos		356548							
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)					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				
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				