

savia SAVIA EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 26559035	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-09-06 HORA: 03:34	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
MANCO		RUEDA		ANLLY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1035303098		Fecha de nacimiento
2007-05-25					
Dirección de Residencia Habitual		CHONTADURO		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	CAÑASGORDAS	
Telefono celular	3104329147	Correo electrónico			
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					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
Observación	TRAMITE INTERNO				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21339442		Fecha	2024-09-06	Hora
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:			648	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
vlongasm (VALERIA LONGAS MEJIA)			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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2 4 0 8 2 3 3 3 7 7 FECHA: 2 0 2 4 / 0 8 / 2 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT	X	8	9	0	9	0	5	1	7	7		
Codigo:	0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1	CC												
Telefono	098	4447192	Direccion:	CALLE 92 EE # 67 - 61										
			Departamento:	ANTIOQUIA	0 5	Municipio:	MEDELLIN	0 0 1						

Indicativo	Telefono	Entidad a la que se le informa (pagador)	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Codigo:	MIN001
------------	----------	--	---	---------	--------

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MANCO	RUEDA	ANLLY	SORELY

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☐ Cedula de ciudadanía	☐ Menor sin identificacion	1 0 3 5 3 0 3 0 9 8
---	--	---	---	---------------------

☒ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identifiacio	Fecha de nacimiento:	2 5 / 0 5 / 2 0 0 7
--	------------------------------------	--	----------------------	---------------------

Direccion de Residencia Habitual:	VEREDA CHONTADURO	Telefono:	3 2 1 7 7 1 0 2 4 1
-----------------------------------	-------------------	-----------	---------------------

Departamento:	ANTIOQUIA	0 5	Municipio:	CAÑASGORDAS	1 3 8
---------------	-----------	-----	------------	-------------	-------

Telefono Celular:	3 2 1 7 7 1 0 2 4 1	Correo Electronico	SINCORREO@SINDOMINIO.COM
-------------------	---------------------	--------------------	--------------------------

Cobertura en salud	☐ Regimen Contributivo	☐ Regimen Subsidiado_Parcial	☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN	☐ Desplazados
	☒ Regimen subsidiado-Total	☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN	☐ Plan Adicional de Salud	☐ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion
☐ Enfermedad General	☐ Accidente de Trabajo	☐ Evento Catastrofico
☐ Enfermedad Profesional	☐ Posterior a la atencion de Urgencias	☒ Prioritaria
☒ Accidente de Transito	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta_Externa
---	------------------

☐ Consulta Externa	☐ Urgencias	☐ Hospitalizacion	Servicio	CIRUGIA	Cama				
---	------------------------------------	--	----------	---------	------	--	--	--	--

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 8 2	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Justificación Clínica: POP POP DE RINOSEPTOPA funcional, HACIENDO LOS LAVADOS NASALES, SIN SANGRADO, TOMO LOS MEDICAMENTOS. EXAMEN FISICO: SE RETIRAN PLACAS SEPTALES Y SPONGOSTAN, SEPTO CENTRAL, CAVIDAD PERMEABLE. PACIENTE POP DE RINOSEPTOPLASTIS FUNCIONAL, BUENA EVOLUCION POP. RECOMENDACIONES: 1. TERMINAR INCAPACIDAD. 2. NO ACTIVIDAD FISICA POR 1 MES. 3. LAVADOS NASALES POR 3 SEMANAS MAS. 4. EVITAR PISCINAS, CHAROS HASTA 2 MESES DESPUES DE LA CIRUGIA. 5. SE INICIAR INAIID EMPEZARLO EL PROXIMO UNES ASTA TERMINAR , Y HUMENS GL EMPEZARLO HOY HASTA TERMINAS. 6. CITA EN 1 MES

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	J 3 4 2	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA	
Nombre de que solicita	PEREZ VILLEGAS DIANA PATRICIA
Cargo Actividad	OTORRINOLARINGOLOGIA

Telefono		Indicativo	Numero	Extension
Celular				
Telefono:	4447192			

DIANA PÉREZ V.
Otorrinolaringóloga
Cirujana de Cabeza y Cuello U. de A.
Reg. 6. 144701
PEREZ VILLEGAS DIANA
PATRICIA

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC NOTA ACLARATORIA



Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **ANLLY SORELY MANCO RUEDA**
Edad **17 Años / 2 Meses / 28 Día** Sexo **Femenino**
Fecha Nacimiento **25/05/2007** Dirección **VEREDA CHONTADURO**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1198869**

DOCUMENTO / HISTORIA

1035303098

Estado Civil **Soltero**
Teléfono **3233829781**
Fecha Ingreso **10/08/2024 10:02:00 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**
Regimen **Subsidiado**
Telefono **Telefono**

Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2024**

Parentesco

Nombre Acudiente

Nombre

Acompañante

FOLIO N° 62

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

23/08/2024 11:52

NOTA ACLARATORIA

POP
POP DE RINOSEPTOPA funcional, HACIENDO LOS LAVADOS NAALES, SIN SANGRADO, TOMO LOS MEDICAMENTOS.

EXAMEN FISICO:
SE RETIRAN PLACAS SEPTALES Y SPONGOSTAN, SEPTO CENTRAL, CAVIDAD PERMEABLE

PACIENTE POP DE RINOSEPTOPLASTIS FUNCIONAL, BUENA EVOLUCION POP. RECOMEDNACIONES
1. TERMINAR INCAPACIDAD
2. NO ACTIVIDAD FISICA POR 1 MES
3. LAVADOS NAALES POR 3 SEMANAS MAS
4. EVITAR PISCINAS, CHAROS HASTA 2 MESES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA
5. SE INICIARINAIID EMPEZARLO EL PROXIMO UNES ASTA TERMINAR , Y HUMENS GL EMPEZARLO HOY HASTA TERMINAS
6. CITA EN 1 MES

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES

TIPO	FECHA	
Médicos	12/04/2024	Niega
Alérgicos	12/04/2024	Niega
Farmacológicos	12/04/2024	Niega
Quirúrgicos	12/04/2024	Niega
Médicos	14/06/2024	-
Quirúrgicos	19/06/2024	osteosintesis de tibia izquierda 22/03/2024

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

CODIGO	NOMBRE
J342	DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

OBSERVACIONES

PRINCIPAL

TIPO



Presuntivo

Profesional **PEREZ VILLEGAS DIANA PATRICIA**
: **R. M. : 32241731**
OTORRINOLARINGOLOGIA

HC NOTA ACLARATORIA INDICACIONES MEDICAS

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente ANLLY SORELY MANCO RUEDA
Edad Actual 17 Años / 2 Meses / 28 Días
Dirección VEREDA CHONTADURO
Procedencia CAÑASGORDAS

Identificación 1035303098
Sexo Femenino
Teléfono 3233829781

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 1198869

Fecha 10/08/2024 10:02
Area:

Cama

7311 - CONSULTA EXTERNA

Entidad Responsable ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2024

Acudiente
Dirección

Accidente_de_Transito
Parentesco
Telefono

Folio N° 62

Fecha Folio 23/08/2024 11:52

Folio Asociado

Causa externa Otra

INDICACIÓN

Tipo Indicación: Salida
Detalle: POP

POP DE RINOSEPTOPA funcional, HACIENDO LOS LAVADOS NASALES, SIN SANGRADO, TOMO LOS MEDICAMENTOS.

EXAMEN FISICO:

SE RETIRAN PLACAS SEPTALES Y SPONGOSTAN, SEPTO CENTRAL, CAVIDAD PERMEABLE

PACIENTE POP DE RINOSEPTOPLASTIS FUNCIONAL, BUENA EVOLUCION POP. RECOMEDNACIONES

1. TERMINAR INCAPACIDAD
2. NO ACTIVIDAD FISICA POR 1 MES
3. LAVADOS NASALES POR 3 SEMANAS MAS
4. EVITAR PISCINAS, CHAROS HASTA 2 MESES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA
5. SE INICIARINAIID EMPEZARLO EL PROXIMO UNES ASTA TERMINAR , Y HUMENS GL EMPEZARLO HOY HASTA TERMINAS
6. CITA EN 1 MES



DIANA PÉREZ V.
Otorrinolaringóloga
Especialista en Otorrinolaringología y
Neurología

Profesiona DIANA PATRICIA PEREZ VILLEGAS
I:
R.M: 32241731
OTORRINOLARINGOLOGIA



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 26559503

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-09-06

HORA: 03:48

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
MANCO		RUEDA		ANLLY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Tipo Documento De Identificación		TI	
Número documento de identificación		1035303098		Fecha de nacimiento	
2007-05-25		Dirección de Residencia Habitual		CHONTADURO	
Teléfono		6040001000		Departamento	
ANTIOQUIA		Municipio		CAÑASGORDAS	
Teléfono celular		3104329147		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio			Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal
S822 - Fractura de la diáfisis de la tibia			Manejo integral según Guía de		
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	CONTINUAR SEGUIMIENTO EN ESTA IPS ANEXO 6 DE MAYO DE 2024, DIRECCIONAR SEGUN RED DE SERVICIOS SE SUPERO EL TOPE DE SOAT				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		21339461		Fecha	2024-09-06
Hora					
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:				648	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
vlongasm (VALERIA LONGAS MEJIA)			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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2 4 0 5 0 6 4 7 6 6 FECHA: 2 0 2 4 / 0 5 / 0 6

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA																								
Codigo:	0	5	0	0	1	0	6	0	8	6	0	1	Direccion:	CALLE 92 EE # 67 - 61											
Telefono	098			4447192			Departamento: ANTIOQUIA			0	5	Municipio: MEDELLIN			0	0	1								

Indicativo	Telefono
Entidad a la que se le informa (pagador) ADRES	Codigo: MIN001

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MANCO	RUEDA	ANLLY	SORELY

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☐ Cedula de ciudadania	☐ Menor sin identificacio	1	0	3	5	3	0	3	0	9	8			
☒ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identificacio	Fecha de nacimiento:	2	5	/	0	5	/	2	0	0	7			
Direccion de Residencia Habitual: VEREDA CHONTADURO										Telefono: 3 2 1 7 7 1 0 2 4 1						
Departamento: ANTIOQUIA										0	5	Municipio: CAÑASGORDAS		1	3	8
Telefono Celular: 3 2 1 7 7 1 0 2 4 1										Correo Electronico SINCORREO@SINDOMINIO.COM						

Cobertura en salud	☐ Regimen Contributivo	☐ Regimen Subsidiado_Parcial	☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN	☐ Desplazados
	☐ Regimen subsidiado-Total	☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN	☐ Plan Adicional de Salud	☒ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS	
Origen de la Atencion	Tipo de servicio Solicitado
☐ Enfermedad General	☐ Posterior a la atencion de Urgencias
☐ Enfermedad Profesional	☒ Servicios Electivo
☒ Accidente de Trabajo	
☒ Accidente de Transito	
	Prioridad de la Atencion
	☒ Prioritaria
	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta_Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias
☐ Hospitalizacion	Servicio CONSULTA EXTERNA
Cama	

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 8 0	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
8 7 3 3 1 3	1	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)

Justificación Clínica: Acc de transito el 10/04/24, fractura abierta de tibia diafisaria izq G&A IIIA, se realizó 1er tiempo quirurgico de L+D curetaje óseo + tutor externo, se dio manejo antibiotico, el 22/04/24 se realizó OS con clavo IM de tibia, rx PO: Adecuada reduccion de la fractura. Buena evolucion, retiro de puntos, se indica terapias en casa, cita en 1 mes con rx ap y lat de pierna izq.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	S 8 2 2	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA	
Nombre de que solicita	MORENO RIOS JUAN DAVID
Cargo Actividad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Telefono	
Indicativo	
Numero	
Extension	
Celular	
Telefono:	4447192

MORENO RIOS JUAN DAVID

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA



DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	ANLLY SORELY MANCO RUEDA		Tipo Doc Tarjeta	Identidad	DOCUMENTO	1035303098
Edad	16 Años / 11 Meses / 11 Día	Sexo	Femenino	Estado Civil	Soltero	
Fecha Nacimiento	25/05/2007	Dirección	VEREDA CHONTADURO		Teléfono	3233829781
Cama	Area CONSULTA EXTERNA	Ingreso	1100229	Fecha Ingreso	6/05/2024 12:46:10 p. m.	

DATOS DE AFILIACIÓN		
Entidad	ADRES	Regimen Otro
Nombre Acudiente	ANGELA MARIA	Telefono 3217310241
Nombre Acompañante		Telefono
FOLIO N° 51	FECHA GRABACIÓN DE FOLIO	6/05/2024 1:47 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Revision PO

ENFERMEDAD ACTUAL

Acc de transito el 10/04/24, fractura abierta de tibia diafisaria izq G&A IIIA, se realizó 1er tiempo quirurgico de L+D curetaje óseo + tutor externo, se dio manejo antibiotico, el 22/04/24 se realizó OS con clavo IM de tibia, rx PO: Adecuada reduccion de la fractura. Buena evolucion, retiro de puntos, se indica terapias en casa, cita en 1 mes con rx ap y lat de pierna izq.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	12/04/2024	Niega
Alérgicos	12/04/2024	Niega
Farmacológicos	12/04/2024	Niega
Quirúrgicos	12/04/2024	Niega

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos: No Evalua
Torax/Cardio/Pulmonar: No Evalua
Abdomen: No Evalua
Genito - Urinario: No Evalua
Músculo - Esquelético: No Evalua
Neurológico: No Evalua
Piel y Faneras: No Evalua

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
 TA: / mm Hg TAM: mm Hg FC: x min FR: x min Dolor No Temperatura: 0,0 °C
 Glucometria ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta
 Peso Talla IMC: PVC: ☐ mmH2O

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

Pierna izq con heridas suturadas, sanas, AMA de rodilla y tobillo limitado por dolor, sin deficit NV distal, sin malrotaciones.

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANALISIS:

Acc de transito el 10/04/24, fractura abierta de tibia diafisaria izq G&A IIIA, se realizó 1er tiempo quirurgico de L+D curetaje óseo + tutor externo, se dio manejo antibiotico, el 22/04/24 se realizó OS con clavo IM de tibia, rx PO: Adecuada reduccion de la fractura. Buena evolucion, retiro de puntos, se indica terapias en casa, cita en 1 mes con rx ap y lat de pierna izq. Incapacidad escolar por 1 mes mas

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO:

Acc de transito el 10/04/24, fractura abierta de tibia diafisaria izq G&A IIIA, se realizó 1er tiempo quirurgico de L+D curetaje óseo + tutor externo, se dio manejo antibiotico, el 22/04/24 se realizó OS con clavo IM de tibia, rx PO: Adecuada reduccion de la fractura. Buena evolucion, retiro de puntos, se indica terapias en casa, cita en 1 mes con rx ap y lat de pierna izq. Incapacidad escolar por 1 mes mas

Recomendaciones-Informacion y educacion al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA		☒	Definitivo

Nombre reporte: HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 06/05/2024 13:47

Usuario: 8025867

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **ANLLY SORELY MANCO RUEDA**

Cama
FOLIO N° 51

Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso 1100229
FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

DOCUMENTO / HISTORIA

1035303098

Fecha Ingreso 06/05/2024 12:46
6/05/24 1:47 p. m.

Profesional: MORENO RIOS JUAN DAVID
R. M. : 5118211
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA