



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: 2025061729909070 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29909070

FECHA Y HORA : 2025-06-17-02:53

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						
ORTIZ		HERNANDEZ		CINDY		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	1036620843		
Dirección de Residencia Habitual		CL 9B 8B ESTE 19 IN 202			Fecha de nacimiento	1988-07-09
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
Teléfono celular		3112818166	Correo electrónico	Montoyacollins2013@gmail.com		
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio Infectología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	L732 - Hidradenitis supurativa		
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				
890354	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA				
Observación	Fecha Orden Medica 2025-05-30					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23771174		Fecha y hora de solicitud	2025-06-16-11:43	
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:				642	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:						
Aplica cobro: NO						
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %	
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %	
Tope máximo copagos		0				

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 Médicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	Fecha fin autorización
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		2025-12-14	
		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 5 0 5 3 0 6 0 5 1

FECHA:

2 0 2 5 / 0 5 / 3 0

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 8 : 2 5

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT
CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

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) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Codigo:

EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

ORTIZ

HERNANDEZ

CINDY

NALLELY

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadania

☐ Menor sin Identificacion

1 0 3 6 6 2 0 8 4 3

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificacio

Fecha de nacimiento:

9 / 0 7 / 1 9 8 8

Direccion de Residencia Habitual: SAN ANTONIO DE PRADO

Telefono:

3 1 1 2 8 1 8 1 6 6

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono Celular:

3 1 1 2 8 1 8 1 6 6

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

☒ Enfermedad General

☐ Accidente de Trabajo

☐ Evento Catastrofico

Tipo de servicio Solicitado

☐ Posterior a la atencion de Urgencias

☒ Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion

☒ Prioritaria

☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☒ Consulta Externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalizacion

Servicio CONSULTA EXTERNA

Consulta Externa

Cama

Manejo Integral segun Guía de:

Codigo CUPS

Cantidad

Descripción

9 9 3 5 1 0

1

VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA

8 9 0 3 5 4

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA

Justificación Clínica: FEMENINA 4TA DÉCADA DE LA VIDA, CONOCIDA POR AP DE HIDRADENITIS SUPURATIVA DE DIFÍCIL MANEJO, EN PLAN DE INTRODUCCIÓN DE SECUQUINUMAB. CONCEPTO POR PPD POSITIVA DE SU GRUPO. P. VACUNAS DE SU GRUPO, SOLICITÉ LABS. INDICUÉ LABS HBV Y VER SI REQUIERE REFUERZO O ESQUEMA COMPLETO, OTRAS. ESTABLE, PESÓ 87 Kg. RESPECTO A PPD, INDICUÉ TTO A TB LATENTE CON H 300 MG VO CADA DIA POR 6 MESES + PIRIDOXINA 50 MG VO DIA. HAGO FORMULA POR 3 MESES INICIALES. ACUDIÓ 04/12/24. ESTABLE, PESÓ 81 Kg. APORTÓ LABS QUE MERECE INMUNIZAR A HBV ESQUEMA COMPLETO. MIPRES 20241204130039781444 dosis 1. REFORMULÉ 3 MESES RESTANTES DE H + PIRIDOXINA 50 MG VO DIA. QJO: ES UNA TB LATENTE, NO UNA TB CLÍNICA. INFECTO EN 1 MES. ATENTO. ACUDE 30/05/25, ESTABLE, PESA 88 Kg. TERMINÓ LA PROFILAXIS A TB LATENTE LA 1RA SEMANA DE 05/2025, FAVOR NO REPETIR MÁS NUNCA YA LA PPD. PUEDE INICIAR TERAPIA BIOLÓGICA PORQUE TIENE ACTIVIDAD DE SU HIS (SECUQUINUMAB), EN MI EXPERIENCIA EN MANEJO CON LOS PTES ENTRE AMBAS ESPECIALIDADES; ACONSEJO ADALIMUMAB. EN AMBOS CASOS, NO TIENE TB ACTIVA Y COMPLETÓ PROFILAXIS. RESPECTO A VACUNAS DE SU GRUPO, IDICO INFLUENZA ESTACIONAL. NO LE PALICARON DOSIS DE HBV PORQUE NO HABIA PRESTADOR PARA ESA PRÁCTICA. RESOLICITO. MIPRES 20250530140001195717. 1RA DQ SIS. ESQUEMA 0,1,3. INDICO ADEMÁS N23 DOSIS ÚNICA. MIPRES 20250530174901195703. INDICO INFLUENZA ESTACIONAL. SS TIENE P. VAL M. INTERNA CON FOCO PROGRAMA OBESIDAD. RECOMIENDO INICIAR BIOLÓGICO UNA VEZ RECIBA LAS VACUNAS, AL MENOS 1 DE HBV. INFECTO EN 1 MESES. ATENTO.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

L 7 3 2

HIDRADENITIS SUPURATIVA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MARTINEZ ROSADO LARRY LUBER

Telefono

Cargo Actividad INFECTOLOGIA

Indicativo

Numero

Extension

TRÁMITE INTERNO



FECHA:

30/05/25

[Firma]

FIRMA:

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

NIT 890.905.177-9

HC CONSULTA EXTERNA WEB INDICACIONES MEDICAS

Fecha Actual : 30/05/2025

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ
Edad Actual 36 Años / 10 Meses / 20 Días
Dirección SAN ANTONIO DE PRADO
Procedencia MEDELLIN

Identificación 1036620843
Sexo Femenino
Teléfono 3112818166

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 1520854

Fecha 30/05/2025 15:49

Cama

Area:

7311 - CONSULTA EXTERNA

Entidad Responsable ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2025

Acudiente

Dirección

Enfermedad_general

Parentesco

Telefono

Folio N°

12

Fecha Folio

30/05/2025 18:24

Folio Asociado

Causa externa

Enfermedad_general

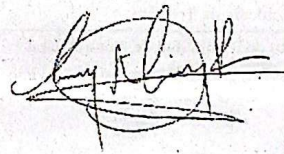
INDICACIÓN

Tipo Indicación:

Salida_Consulta_Externa

Detalle:

NO LE PALICARON DOSIS DE HBV PORQUE NO HABIA PRESTADOR PARA ESA PRÁCTICA. RESOLICITO.
INDICO ADEMÁS N23 DOSIS ÚNICA.
SS VAL M. INTERNA CON FOCO PROGRAMA OBESIDAD.
INFECTO EN 1 MES. ATENTO.



Profesiona LARRY LUBER MARTINEZ ROSADO

I:

R.M: 72258849

INFECTOLOGIA

30/05/2025



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

HISTORIA CLÍNICA

HC CONSULTA EXTERNA WEB

Pág. 1 de 9

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 1036620843**
Edad **36 Años / 10 Meses / 20 DÍ** Sexo **Femenino** Estado Civil **Soltero**
Fecha Nacimiento **09/07/1988** Dirección **SAN ANTONIO DE PRADO** Teléfono **3112818166**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1520854** Fecha Ingreso **30/05/2025 3:49:20 p. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2025**
SALUD EPS

Nombre Acudiente

Telefono

Parentesco

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 12

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

30/05/2025 6:24 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

M. INTERNA - INFECTOLOGIA.

FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, ALERGIAS NIEGA, QCOS. TUBECTOMIA, BIOPSIAS DE PIEL, DRENAJE DE MASTITIS, NIEGA HTA, DBT, REFIERE AP DE HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY II-III.

*VACUNAS:

TD: REFUERZO 20/11/2024.

VPH: 1RA: 23/10/15, 2DA: 28/03/17.

COVID 19: 2 DOSIS.

INFLUENZA: 06/11/24

*TTOS: ESPIRONOLACTONA, METFORMINA.

ENFERMEDAD ACTUAL

MC y EA. CITA POR INFECTOLOGIA.

RxS. NIEGA DIARREA, EMESIS, FIERBE, TOS, PÉRDIDA DE PESO, DIAFORESIS NOCTURNA.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	22/08/2024	35 años. HIDRADENITIS SUPURATIVA EN INGLE, TAC TRX MOSTRO QUISTE DE 8MM EN SEGMENTO APICAL IZQDO, ADENOPATIAS MEDIASTINALES SE HARA FBC
Médicos	15/05/2025	35 años. HIDRADENITIS SUPURATIVA EN INGLE, TAC TRX MOSTRO QUISTE DE 8MM EN SEGMENTO APICAL IZQDO, ADENOPATIAS MEDIASTINALES SE HARA FBC. SE HIZO FBC SEPT 2024 TERMINO TRATAMIENTO POR TB LATENTE X TUBERCULINA +. PENDIENTE CITA CON INFECTOLOGIA TAC FEB 2025 QUISTE PULMONAR IZQ DE 10MM. FIBRO BAAR NEGATIVA P MOLECULAR NO DETECTABLE, CULTIVO DE MYCOBACT Y HONGOS NEGATIVO- GRAM NEGATIVO. CONSIDERO EN BASE A RESULTADOS NEGATIVOS DE BRONCOSCOPIA Y QUE YA TERMINO TRATAMIENTO PARA TB LATENTE QUE PUEDE INICIAR BIOLOGICOS, CITA POR NEUMOLOGIA EN 6 MESESSF ESPIRONOLACTONA.
Quirúrgicos	15/05/2025	36 años. DISNEA HIDRADENITIS SUPURATIVA EN INGLE, TAC TRX MOSTRO QUISTE DE 8MM EN SEGMENTO APICAL IZQDO, ADENOPATIAS MEDIASTINALES SE HARA FBC. SE HIZO FBC SEPT 2024 TERMINO TRATAMIENTO POR TB LATENTE X TUBERCULINA +. PENDIENTE CITA CON INFECTOLOGIA TAC FEB 2025 QUISTE PULMONAR IZQ DE 10MM. FIBRO BAAR NEGATIVA P MOLECULAR NO DETECTABLE, CULTIVO DE MYCOBACT Y HONGOS NEGATIVO- GRAM NEGATIVO. CONSIDERO EN BASE A RESULTADOS NEGATIVOS DE BRONCOSCOPIA Y QUE YA TERMINO TRATAMIENTO PARA TB LATENTE QUE PUEDE INICIAR BIOLOGICOS, CITA POR NEUMOLOGIA EN 6 MESESSF ESPIRONOLACTONA.
Médicos	30/05/2025	35 años. HIDRADENITIS SUPURATIVA EN INGLE, TAC TRX MOSTRO QUISTE DE 8MM EN SEGMENTO APICAL IZQDO, ADENOPATIAS MEDIASTINALES SE HARA FBC. SE HIZO FBC SEPT 2024 TERMINO TRATAMIENTO POR TB LATENTE X TUBERCULINA +. PENDIENTE CITA CON INFECTOLOGIA TAC FEB 2025 QUISTE PULMONAR IZQ DE 10MM. FIBRO BAAR NEGATIVA P MOLECULAR NO DETECTABLE, CULTIVO DE MYCOBACT Y HONGOS NEGATIVO- GRAM NEGATIVO. CONSIDERO EN BASE A RESULTADOS NEGATIVOS DE BRONCOSCOPIA Y QUE YA TERMINO TRATAMIENTO PARA TB LATENTE QUE PUEDE INICIAR BIOLOGICOS, CITA POR NEUMOLOGIA EN 6 MESESSF ESPIRONOLACTONA.

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos: Normal
Torax/Cardio/Pulmonar: Normal
Abdomen: Normal
Genito - Urinario: Normal
Músculo - Esquelético: Normal
Neurológico: Normal

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 30/05/2025 18:25

Usuario: 72258849

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

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

Pág. 2

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ**

Cama **Area CONSULTA EXTERNA**

FOLIO N° **12**

Piel y Faneras:

Anormal

fc. 70xmin, fr. 20xmin, T.A. 120/70, pesa 88 Kg.

Ingreso **1520854**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

DOCUMENTO / HISTORIA

1036620843

Fecha Ingreso **30/05/2025 15:49**

30/05/25 6:24 p. m.

Cuello sin adenopatias

Murmullo vesicular disminuido de forma global, sin ruidos sobreagregados

Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos o ruidos accesorios

Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal

Extremidades móviles, edema GI tobillos, simétricas, síndrome post trombótico pierna derecha, herida qca tobillo derecho e aspecto sano, no triada compartimental

Neurológico: ansiosa, sin déficit focal o sensitivo aparente

Piel lesiones por hidradenitis supurativa inguinales (no exploro)

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA: /

mm Hg

TAM:

mm Hg

FC: 70

x min

FR: 20

x min

Dolor No

seg

Temperatura: 37,0 °C

Glucometria

Kgs

mg/dl

S02

%

F102

%

Perfusion

< 2

mmH2O

PVC:

mmH2O

seg

Estado de Conciencia:

Alerta

Peso

Talla

CMs

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

IMC:

Estado General:

buen estado gral.

Cabeza y Sentidos:

hc

Cuello:

HC

Cardio-Pulmonar-Vascular:

HC

Abdomen:

HC

Genito - Urinario:

HC

Músculo - Esquelético:

HC

Neurológico:

HC

Piel y Faneras:

HC



Trabajamos con amor por la vida desde 1923

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

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ** DOCUMENTO / HISTORIA **1036620843**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1520854** Fecha Ingreso **30/05/2025 15:49**
FOLIO N° **12** FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **30/05/25 6:24 p. m.**

ANÁLISIS:

FEMENINA 4TA DÉCADA DE LA VIDA, CONOCIDA POR AP DE HIDRADENITIS SUPURATIVA DE DIFÍCIL MANEJO, EN PLAN DE INTRODUCCIÓN DE SECUQUINUMAB.
CONCEPTO POR PPD POSITIVA DE SU GRUPO.
P. VACUNAS DE SU GRUPO, SOLICITÉ LABS.
INDIQUE LABS HBV Y VER SI REQUIERE REFUERZO O ESQUEMA COMPLETO, OTRAS.
ESTABLE, PESÓ 87 Kg.
RESPECTO A PPD, INDIQUE TTO A TB LATENTE CON H 300 MG VO CADA DIA POR 6 MESES + PIRIDOXINA 50 MG VO DIA. HAGO FORMULA POR 3 MESES INICIALES.

ACUDIÓ 04/12/24.
ESTABLE, PESÓ 81 Kg, APORTÓ LABS QUE MERECE INMUNIZAR A HBV ESQUEMA COMPLETO.
MIPRES 20241204130039781444 dosis 1.

REFORMULÉ 3 MESES RESTANTES DE H + PIRIDOXINA 50 MG VO DIA.
OJO: ES UNA TB LATENTE, NO UNA TB CLÍNICA.

INFECTO EN 1 MES. ATENTO.

ACUDE 30/05/25, ESTABLE, PESA 88 Kg.
TERMINÓ LA PROFILAXIS A TB LATENTE LA 1RA SEMANA DE 05/2025, FAVOR NO REPETIR MÁS NUNCA YA LA PPD.

PUEDE INICIAR TERAPIA BIOLÓGICA PORQUE TIENE ACTIVIDAD DE SU HS (SECUQUINUMAB), EN MI EXPERIENCIA EN MANEJO CON LOS PTES ENTRE AMBAS ESPECIALIDADES; ACONSEJO ADALIMUMAB.
EN AMBOS CASOS, NO TIENE TB ACTIVA Y COMPLETÓ PROFILAXIS.

RESPECTO A VACUNAS DE SU GRUPO, IDICO INFLUENZA ESTACIONAL.

NO LE PALICARON DOSIS DE HBV PORQUE NO HABIA PRESTADOR PARA ESA PRÁCTICA. RESOLICITO. MIPRES 20250530140001195717. 1RA DOSIS.
ESQUEMA 0,1,3.

INDICO ADEMÁS N23 DOSIS ÚNICA. MIPRES 20250530174001195703.

INDICO INFLUENZA ESTACIONAL.

SS TIENE P. VAL M. INTERNA CON FOCO PROGRAMA OBESIDAD.

RECOMIENDO INICIAR BIOLÓGICO UNA VEZ RECIBA LAS VACUNAS, AL MENOS 1 DE HBV.

INFECTO EN 1 MESES. ATENTO.

REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO:

ESTUDIOS:
VVZ IGG 1821 mUI/ML
AcS Ags HBV 0.0 (-)
AC HAV (-)
22/08/24
FBC/BAL.
-BK NO BAAR, PCR MTB XPERT NO DETECTADO
-CULTIVO MICOSIS PROFUNDA-, KOH-
-CULTIVO MTB NEGATIVO A LOS 42 DÍAS
-CULTIVOS ESPECIALES PARA MICROORGANISMOS
-TIPO DE MUESTRA
- LAVADO BRONCOALVEOLAR
RESULTADO
Resultado RESULTADO FINAL DEL CULTIVO: NEGATIVO TRAS 72 HORAS DE INCUBACION.
COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
TIPO DE MUESTRA
- LAVADO BRONCOALVEOLAR
COLORACIÓN GRAM
Reacción leucocitaria NO SE OBSERVA
Observación NO SE OBSERVAN MICROORGANISMOS
04/07/24
TAC TÓRAX SIPLE, ADENOPATIAS REACTIVAS AXILARES, PULMONES SIN LESIONES, MEDIASTINO SIN ALTERACIONES
14/05/24 PPD 13mm
ANAsGOT 10, GPT 8, ANTI DNAHIV AG-AB 0.27 (COI 0.001-0.89)

PLAN TERAPEUTICO:

Recomendaciones-Información y
educación al paciente

HC
HC

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
L732	HIDRADENITIS SUPURATIVA	HC	☒	Presuntivo

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL.	

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 30/05/2025 18:25

Usuario: 72258849

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



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
890905177

Fecha Actual : viernes, 30 mayo 2025

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HC CONSULTA EXTERNA WEB

N° Historia Clínica: 1036620843

N° Folio: 12 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ Identificación: 1036620843 Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 09/julio/1988 Edad Actual: 36 Años / 10 Meses / 20 Días Estado Civil: Soltero
Dirección: SAN ANTONIO DE PRADO Teléfono: 3112818166
Procedencia: MEDELLIN Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD Régimen: Regimen_Simplificado
EPS
Plan Beneficios: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 2025
EPS

DATOS DEL INGRESO

Responsable: Teléfono Resp:
Dirección Resp: N° Ingreso: 1520854 Fecha: 30/05/2025 3:49:20 p. m.
Finalidad Consulta: Diagnostico Causa Externa: Enfermedad_general

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	73138	VACUNACION	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA			1	Rutinario
Observaciones: ESTACIONAL.					

Total Ítems: 1

Profesional LARRY LUBER MARTINEZ ROSADO
Especialidad INFECTOLOGIA
R.M. 72258849

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HC CONSULTA EXTERNA WEB

N° Historia Clínica: 1036620843

N° Folio: 12 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: CINDY NALLELY ORTIZ HERNANDEZ

Identificación: 1036620843 Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 09/julio/1988 Edad Actual: 36 Años / 10 Meses / 20 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: SAN ANTONIO DE PRADO

Teléfono: 3112818166

Procedencia: MEDELLIN

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 2025

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1520854 Fecha: 30/05/2025 3:49:20 p. m.

Finalidad Consulta: Diagnostico

Causa Externa: Enfermedad_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		AREA SERVICIO: 7311	CONSULTA EXTERNA	
CODIGO	DESCRIPCION		CANTIDAD	ESTADO
890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		1	Rutinario
Observaciones:	EN 3 MESES.			

Total Items: 1

Profesional LARRY LUBER MARTINEZ ROSADO
Especialidad INFECTOLOGIA
R.M. 72258849



Salud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-05-30 18:14:40
Nro. Prescripción
20250530174001195703

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: ANTIOQUIA	Municipio: MEDELLÍN	Código Habilitación: 050010608601
Documento de Identificación: 890905177	Nombre Prestador de Servicios de Salud: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	
Dirección: CL 92EE # 67-61	Teléfono: 2677511	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC1036620843	Primer Apellido: ORTIZ	Segundo Apellido: HERNANDEZ	Primer Nombre: CINDY	Segundo Nombre: NALLELY
Número Historia Clínica: 1036620843	Diagnóstico Principal: L732 HIDRADENITIS SUPURATIVA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO	

MEDICAMENTOS

Tipo medicamento	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recom endaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
------------------	---	-------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------------	--

MEDICAMENTO	1 DOSIS	INTRAMUSCULAR	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 DÍA(S)	APLICAR 0.5 ML IM DOSIS UNICA.	1 / UNO / VIAL
POLISACARIDOS PURIFICADOS STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE TIPO 1 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 2 25µG& STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE TIPO 3 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 4 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 5 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 6B 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 7F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 8 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 9N 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 9V 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 10A 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 11A 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 12F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 14 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 15B 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 17F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 18C 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 19A 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 19F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 20 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 22F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 23F 25µG&STREPTOC OCCUS PNEUMONIAE TIPO 33F 25µG/ 1DOSIS/0.5ML/ OTRAS SOLUCIONES							

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC72258849	Nombre: LARRY LUBER MARTINEZ ROSADO
Registro Profesional: 23114408	Firma
Especialidad:	CodVer: A6E5-DF73-714F-341D-DFDE-E9A7-F8EE-6128

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024, Art. 12. Numeral 12.5

1 / UNO / VIAL

**Salud**

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-05-30 18:17:03

Nro. Prescripción
20250530140001195717

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:
ANTIOQUIA

Municipio:
MEDELLÍN

Código Habilitación:
050010608601

Documento de Identificación:
890905177

Nombre Prestador de Servicios de Salud:
E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

Dirección:
CL 92EE # 67-61

Teléfono:
2677511

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:
CC1036620843

Primer Apellido:
ORTIZ

Segundo Apellido:
HERNANDEZ

Primer Nombre:
CINDY

Segundo Nombre:
NALLELY

Número Historia Clínica:
1036620843

Diagnóstico Principal:
L732 HIDRADENITIS SUPURATIVA

Usuario Régimen:
SUBSIDIADO

Ámbito atención:
AMBULATORIO - PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo medicamento	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
MEDICAMENTO	[ANTIGENO DEL VIRUS DE HEPATITIS B] 20µG/1ML / SUSPENSION	1 DOSIS	INTRAMUSCULAR	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 DÍA(S)	OM DOSIS 1.	1 / UNO / VIAL

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:
CC72258849

Nombre:
LARRY LUBER MARTINEZ ROSADO

Registro Profesional:
23114408

Firma

Especialidad:

CodVer:
DE1B-AF66-F297-6B38-12FB-EE70-69A1-C34B

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 740 de 2024. Art. 12. Numeral 12.5