



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2109080787 FECHA: 2021/09/08

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 12:07

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA											
Codigo:	050010608601	Direccion:	CALLE 92 EE # 67 - 61									
Telefono:	098	4447192	Departamento:	ANTIOQUIA	05	Municipio:	MEDELLIN	001				

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
GUARIN	AGUDELO	CARMEN	OLIVA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadania	☐ Menor sin identificacion	21907680
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identifiacio	Fecha de nacimiento:	95715/04/
Direccion de Residencia Habitual: EL PEÑOL				Telefono: 3108413304
Departamento: ANTIOQUIA				05 Municipio: PEÑOL
Telefono Celular: 3108413304				Correo Electronico

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	☐ Accidente de Transito	☐ Posterior a la atencion de Urgencias
	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias
☐ Hospitalizacion	☐ Servicio
CONSULTA EXTERNA	
Manejo Integral segun Guia de:	Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Justificación Clínica: PACIENTE CONARTROSIS AL RODILLA EN MANEJO CON ARTROSCOPIA CON BUENA EVOLUCION, QUE REQUIERE CONTROL EN 1 AÑO

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripción
Dx Principal	M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA		
Nombre de que solicita	ARANGO GOMEZ JUAN CARLOS	Telefono
Cargo Actividad *	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo
		Numero
		Extension

Celular	
Telefono: 4447192	

ARANGO GOMEZ JUAN CARLOS



DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CARMEN OLIVA GUARIN AGUDELO** DOCUMENTO / HISTORIA **21907680**
Edad **64 Años \ 4 Meses \ 4 Días** Sexo **Femenino** Estado Civil **Soltero**
Fecha Nacimiento **04/05/1957** Dirección **EL PEÑOL** Teléfono **3108413304**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **273465** Fecha Ingreso **8/09/2021 11:32:25 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2021**
SALUD EPS

Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco

Nombre **Telefono**

Acompañante

FOLIO N° **1** FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **8 de septiembre de 2021**

MOTIVO DE LA CONSULTA

"CONTROL E CX D ARTROSCOPIA DE RODILLA A IZQ

ENFERMEDAD ACTUAL

CUADRO D 8 MESES DE CX DE REMODELACION DE MENISCO IZQ , SEGUN PACIENTE CON CAMBIOS ARTROSICOS , PACIENTE QUE RELATA SENTIRSE BIEN DESPUES DE AL CX

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	08/09/2021	NO REFIERE

REVISION POR SISTEMAS

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

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TA : 120 / 70 mm Hg TAM : 87 mm Hg FC : 80 x min FR : 20 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 : TRANQUILA , CON BASTON

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético : RODILLA IZQ CON ARCO DE MOVIMINETO COMPLETO, SIN DERRAME , NO CAJON ,NO BOSTESO,NO DOLOR , LEVE ROCE

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANALISIS : PACIENTE CON DG DE LESION MENISCAL Y CONDRAL , CON GRAN MEJORIA CON LA ARTROSCOPIA , POR AHORA SOLO SE REQUIERE CONTROL EN 1 AÑO Y SE DANINDICACIONES DE LA ACTIVIDAD BAJO D PESO

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO : CITA EN 1 AÑO

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA		☒	Definitivo

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CARMEN OLIVA GUARIN AGUDELO**

DOCUMENTO / HISTORIA

21907680

Cama
Area **CONSULTA EXTERNA**

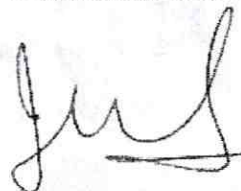
Ingreso **273465**

Fecha Ingreso **08/09/2021 11:32**

FOLIO N° 1

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

8 de septiembre de 2021



Profesional: ARANGO GOMEZ JUAN CARLOS
R . M . : 71745328
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

savía SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 18676993	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2022-08-10 HORA: 13:10	
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	050010508601	Telefono 1	6045904485		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	3103831769		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
GUARIN	AGUDELO	CARMEN	OLIVA		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21907680	Fecha de nacimiento	1957-05-04
Dirección de Residencia Habitual	AV 1 1 VEREDA LA MAGDALENA			Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PEÑOL		
Teléfono celular	3124102081	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	M199 - Artrosis no especificada	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	ANEXO TECNICO 3 DEL 08-09-2021 CITA X ORTOPEDIA EN 1 AÑO				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15262518	Fecha	2022-07-18	Hora	11:34
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:			592	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	Exento cobro	0	0 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
adiaztab (ALEJANDRA DIAZ TABARES)			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 dias		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		