



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: 2025111331706114 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31706114
FECHA Y HORA : 2025-11-13-08:14

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900604350	Código	EPS040	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890905177		
Código	050010608601			Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Movil		
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo		
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN				
DATOS DEL PACIENTE									
VILLADA		VILLADA		CLAUDIA		PATRICIA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		1036927027		Fecha de nacimiento		1986-07-12	
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA CASCAJO				Teléfono		6045618528	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MARINILLA				
Teléfono celular	3167540329		Correo electrónico						
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 1		
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	M169 - Coxartrosis no especificada				
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							
873412	2	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA							
Observación	Fecha Orden Medica 2025-10-07								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24938287			Fecha y hora de solicitud		2025-10-27-07:42		
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:				528		Reclamo de ticket, 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				Motivo Exento					
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		Fecha fin autorización		2026-05-12	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683					



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: 2025112531837487 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31837487
FECHA Y HORA : 2025-11-25-12:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Código	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

VILLADA		VILLADA		CLAUDIA		PATRICIA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1036927027		Fecha de nacimiento	1966-07-12
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA CASCAJO				Teléfono		6045618528
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MARINILLA	
Teléfono celular		3167540329		Correo electrónico				
Dirección alternativa						Nivel		Nivel 1

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio		Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M169 - Coxartrosis no especificada	
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				
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA				
Observación	requiere rfa, Rx de cadera y cita Dr. Camilo Acevedo. 07 10 25					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24938286		Fecha y hora de solicitud	2025-10-27-07:42	

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:			529	Reclamo de ticket, 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		Motivo Exento		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Igarciar (LISETH GARCIA RESTREPO)		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			2026-05-24
		018000423683	



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: 2025112531837487 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31837487

FECHA Y HORA : 2025-11-25-12:54

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Código	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

VILLADA		VILLADA		CLAUDIA		PATRICIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	1036927027		Fecha de nacimiento	1986-07-12
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA CASCAJO				Teléfono	6045618528
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MARINILLA		
Teléfono celular	3167540329		Correo electrónico				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	M169 - Coxartrosis no especificada	
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				
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA				
Observación	requiere rfa, Rx de cadera y cita Dr, Camilo Acevedo. 07 10 25					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24938286		Fecha y hora de solicitud	2025-10-27-07:42	

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:				529		Reclamo de ticket, 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				Motivo Exento			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
Igarciar (LISETH GARCIA RESTREPO)		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	2026-05-24
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 1
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 5 1 0 0 7 7 2 3 7

FECHA:

2 0 2 5 / 1 0 / 0 7

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 2 : 1 9

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT
CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

Numero

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

VILLADA

VILLADA

CLAUDIA

PATRICIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadania

☐ Menor sin identificacion

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificacio

Fecha de nacimiento:

1 0 3 6 9 2 7 0 2 7

Direccion de Residencia Habitual: VEREDA LA ESMERALDA-MARINILLA

Telefono:

3 2 1 7 0 6 9 1 9 0

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MARINILLA

4 4 0

Telefono Celular:

3 2 1 7 0 6 9 1 9 0

Correo Electronico

NOTIENE@HOTMAIL.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

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de Transito

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 Guia de:

Codigo CUPS

Cantidad

9 0 2 2 1 0

1

9 0 2 2 0 4

1

8 7 3 4 1 2

1

8 9 0 2 8 0

1

Descripción

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU

ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL

RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA

Medicamentos

Codigo CUM

Cantidad

Descripción

Justificación Clínica: Pte de 39 años, reside en Marinilla, artrrosis en cadera derecha, PTC derecha 2023 institucional, refiere dolor fuerte en cadera izquierda, trae TC de cadera con PTC izquierda, se dan instrucciones y explico signo de alarma, requiere rfa, Rx de cadera y cita Dr. Camilo Acevedo.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

M 1 6 9

COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita VELA CASTILLO GUSTAVO

Telefono

Cargo Actividad CIRUGIA ORTOPEdICA Y TRAUMATOLOGIA

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

VELA CASTILLO GUSTAVO

TRÁMITE INTERNO

FECHA: 07/10/2025



Alejandro
Firma:

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

PERSONALES

Paciente: **CLAUDIA PATRICIA VILLADA VILLADA** Tipo Doc: **Cédula** Ciudadanía: **DOCUMENTO 1036927027**

Edad: **39 Años / 2 Meses / 26 Día** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**

Fecha Nacimiento: **12/07/1986** Dirección: **VEREDA LA ESMERALDA-MARINILLA** Teléfono: **4733563**

Area: **CONSULTA EXTERNA** Ingreso: **1648046** Fecha Ingreso: **7/10/2025 11:02:17 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen: **Contributivo** Estrato: **CONTRIBUTIVO NIVEL A 2025**

Salud EPS: **SALUD EPS**

Nombre Acudiente: **Nombre** Telefono: **Telefono** Parentesco: **Parentesco**

Nombre Acompañante: **Nombre** Telefono: **Telefono**

FOLIO N° 75

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO: **7/10/2025 12:18 p. m.**

MOTIVO DE LA CONSULTA

Por la cadera

ENFERMEDAD ACTUAL

Pte de 39 años, reside en Marinilla, artrrosis en cadera derecha, PTC derecha 2023 institucional, refiere dolor fuerte en cadera izquierda.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	03/12/2024	DISPLASIA DE CADERA BILATERAL

REVISION POR SISTEMAS

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

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA: / mm Hg TAM: mm Hg FC: 84 x min FR: x min Dolor No Temperatura: °C

Glucometria ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta

Peso ☐ Kgs Talla ☐ Cms IMC: PVC: ☐ mmH2O

Estado General: Buenas condiciones, alerta

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético : Dolor en cadera derecha, sitio qx sano

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANÁLISIS :

Pte de 39 años, reside en Marinilla, artrrosis en cadera derecha, PTC derecha 2023 institucional, refiere dolor fuerte en cadera izquierda, trae TC de cadera con PTC izquierda, se dan instrucciones y explico signo de alarma, requiere rfa, Rx de cadera y cita Dr. Camilo Acevedo.

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

Recomendaciones-Información y educación al paciente

se dan instrucciones y explico signo de alarma, requiere rfa, Rx de cadera y cita Dr. Camilo Acevedo.

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD NOMBRE

M169 COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA

OBSERVACIONES

PRINCIPAL ☒ Definitivo

EXAMENES SOLICITADOS

OBSERVACIONES

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

Pre Qx

ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 07/10/2025 12:19

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

Usuario: 71274202