

Tarso, Antioquia, 4 de marzo del 2025.

Señores

ESE HOSPITAL LA MARÍA

Cl. 92ee #67-61

NIT. 8909055177

Medellín, Colombia

Asunto: Derecho de Petición para la Asignación de Cita Médica

MARIA YULEIDY ARCILA TABORDA, identificada con cédula de ciudadanía N° 104693254, en mi calidad de madre y representante legal del menor JOHAN SOTO ARCILA, identificado con tarjeta de identidad N° 1046506306, respetuosamente me dirijo a ustedes en ejercicio del **Derecho de Petición**, consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y desarrollado por la Ley 1755 de 2015, con el fin de solicitar la **asignación urgente de cita** para la realización del procedimiento **ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES**, el cual fue debidamente autorizado bajo la orden N° 27280921 del 7 de noviembre del 2024.

HECHOS:

1. Con fecha **7 de noviembre de 2024**, fue emitida la autorización para la realización del procedimiento mencionado.
2. Desde la fecha de autorización, se han enviado múltiples correos electrónicos solicitando la asignación de la cita, sin haber recibido respuesta alguna por parte de la institución.
3. La salud del menor **JOHAN SOTO ARCILA** ha venido deteriorándose de manera significativa, limitando gravemente su calidad de vida, razón por la cual la realización de dicho examen es de **carácter prioritario y fundamental** para continuar con su tratamiento médico adecuado.
4. La omisión en la programación del procedimiento vulnera el derecho fundamental a la **salud del menor**, reconocido por la Constitución y la jurisprudencia de la Corte Constitucional como un derecho de carácter fundamental, especialmente cuando se trata de menores de edad.

PETICIONES:

1. Se asigne, de manera **inmediata**, la cita para la realización del procedimiento requerido (**ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES**) para el menor **JOHAN SOTO ARCILA**.
2. Se informe a la suscrita, a través del medio de contacto proporcionado, la fecha y hora de la cita asignada.
3. En caso de no ser posible la asignación de la cita de manera inmediata, se expliquen detalladamente las razones que lo impidan y se indique un plazo concreto en el cual se procederá a su programación.

Agradezco su atención y pronta respuesta a esta solicitud en los términos establecidos por la ley. En caso de no obtener una respuesta oportuna y favorable, me veré en la obligación de acudir a los mecanismos legales pertinentes para garantizar el derecho fundamental a la salud de mi hijo.

Maria Yuleidy Arcila Taborda
MARIA YULEIDY ARCILA TABORDA

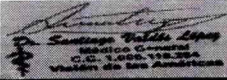
C.C: 104693254

Celular: 3001722249

Correo Electrónico: personeria@tarso-antioquia.gov.co

Madre y Representante Legal del menor **JOHAN SOTO ARCILA**

2180 5632

		REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ANEXO TECNICO NRO 3				Resolución 003047 14 AGO 2008			
Código:		NUMERO INFORME:	W93 27696	Fecha:	Oct.29/2024	Hora:	16:05		
Versión:									
I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
Razón Social:	ESE HOSPITAL SAN PABLO DE TARSO								
Código:	057920458701			Nit:	890.982.182-4				
Dirección:	CRA 18 No 21 - 02								
Teléfono:	8458606			Fax:	8458606				
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:					
Municipio:	TARSO			Código:					
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS-S			Código:	EPSS40				
II. DATOS DEL PACIENTE									
1er Apellido:	SOTO			2do. Apellido:	ARCILA				
1er Nombre:	JOHAN			2do. Nombre:					
Tipo de Documento:	TARJETA DE IDENTIDAD			No. Documento	1.046.506.306				
Fecha de Nacimiento:	Dic.15/2011		Edad:	12 Años		Sexo:	MASCULINO		
Dirección Residencia	VEREDA LA ARBOLEDA					Teléfono:	3117381876		
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05				
Municipio:	TARSO			Código:	792				
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1								
III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS									
Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL			Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS				
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA			Servicio:	MEDICA GENERAL				
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA			Cama:					
Manejo Integral Según Guía:	PEDIATRIA								
Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción						
1	890283	1	Consulta de Primera Vez por Especialista en Pediatría.						
2	871121	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERA						
3	893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES						
Justificación Clínica: PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD, ACTUALMENTE EN CONTEXTO DE MARCHA ATOPICA. SE HAN DOCUMENTADO MULTIPLES MANIFESTACIONES DE HIPERSENSIBILIDAD CON MULTIPLES INTERNACIONES ASOCIADAS, HA PRESENTADO MULTIPLES EPISODIOS ALERGICOS ASOCIADOS AÑOS ATRAS A FARMACOS (AMOXICILINA - AZITROMICINA), PICADURAS, INTERVENCIONES ODONTOLÓGICAS Y ALERGIAS ESTACIONALES. CLINICAMENTE CON TOS CUANDO CORRE (5/5), CONGESTION NASAL (5/5) Y PICAZON DE NARIZ (5/5) CRITERIOS CLINICOS DETERMINANTES. ACUDE PARA REFORMULACION DE DE ORDEN PARA VALORACION POR PEDIATRIA LA CUAL SE INDICA DE CARACTER PRIORITARIO. ACTUALMENTE MADRE REFIERE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. CON RINORREA RECURRENTE ASOCIATA AL FRIO. SIN OTROS ASOCIADOS. AL EXAMEN FISICO, PACIENTE SIN SIGNOS DE SIRS. TÓRAX SIMÉTRICO, PATRÓN RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL, SIN RETRACCIONES, SIN TIRAJES. CLARO PULMONAR GENERALIZADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN RUIDOS ADVENTICIOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN R3 O R4, SIN DESDOBLAMIENTOS, SIN OTROS RUIDOS SOBREAGREGADOS. POR LO PRONTO Y A EXPENSAS DE PREVENIR RECAIDAS, SE FORMULA TERAPIA DE MANTENIMIENTO Y DE RESCATE. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE Y MADRE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.									
Diagnostico principal:	ALERGIA NO ESPECIFICADA			Código CIE10:	T784				
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:					
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:					
IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA									
Nombre de quien reporta:	VALDES LOPEZ SANTIAGO			Teléfono:	8458606				
Registro Medico:				Teléfono Celular:					
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL								
				Firma					
									

		ESE HOSPITAL SAN PABLO DE TARSO Nit: 890.982.182-4			
		HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA		Atencion: 111 Fecha: Oct.29/2024	
Nombre:	SOTO ARCILA JOHAN	Edad:	12 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3117381876	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1046506306	Id:	TI 1046506306		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	16:05		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS-S				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: ***ACOMPAÑANTE MAMA MARIA YULEIDY ARCILA CC 1046932540 CEL 3001722249***

"PARA QUE LO MANDE DONDE EL PEDIATRA"

Enfermedad Actual: ***ACOMPAÑANTE MAMA MARIA YULEIDY ARCILA CC 1046932540 CEL 3001722249***

PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL EN CONTEXTO DE MARCHA ATOPICA. SE HAN DOCUMENTADO MULTIPLES MANIFESTACIONES DE HIPERSENSIBILIDAD CON MULTIPLES INTERNACIONES ASOCIADAS, HA PRESENTADO MULTIPLES EPISODIOS ALERGICOS ASOCIADOS AÑOS ATRAS A FARMACOS (AMOXICILINA - AZITROMICINA), PICADURAS, INTERVENCIONES ODONTOLÓGICAS Y ALERGIAS ESTACIONALES. CLINICAMENTE CON TOS CUANDO CORRE (5/5), CONGESTION NASAL (5/5) Y PICAZON DE NARIZ (5/5). ACUDE PARA REFORMULACION DE DE ORDEN PARA VALORACION POR PEDIATRIA. ACTUALMENTE MADRE REFIERE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. CON RINORREA RECURRENTE ASOCIATA AL FRIO. SIN OTROS ASOCIADOS.

Revision por Sistemas: PACIENTE ATOPICO.

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: PENICILINA, AZITROMICINA. GENITOURINARIOS: IVU. OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE LA MADRE. RESPIRATORIOS: ASMA. PERINATALES: PRODUCTO DEL PRIMER EMBARAZO A TERMINO, PARTO VAGINAL, BUENA ADAPTACION NEONATAL.

Familiares: CARDIOVASCULARES: ABUELA MATERNA HTA HIPOTIROIDISMO. OTRAS ENFERMEDADES:

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Examen Fisico:

Estado General: Piel: EUTÉRICA AL TACTO, SIN LESIONES EVIDENTES O ALTERACIONES DE LA COLORACIÓN.

Cabeza: NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, FONDO DE OJO SIN ALTERACIÓN, RINOSCOPIA ANTERIOR SIN ALTERACIONES, MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, OROFARINGE SIN ERITEMAS, NI PLACAS. OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIÓN.

Cuello: MÓVIL SIN PRESENCIA DE MASAS NI ADENOPATÍAS, TRÁQUEA CENTRADA, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES, PULSOS CAROTIDEOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.

Tórax: DIÁMETRO AP NORMAL, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES NI RETRACCIONES. SATURACIÓN DE OXÍGENO: 98% AL AIRE AMBIENTE.

Cardiopulmonar: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO, SIN AGREGADOS.

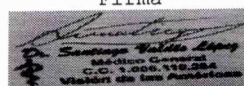
Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN PRESENCIA DE MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE.

Genitourinario: PUÑOPECUSIÓN RENAL NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NO DOLOROSOS, SE OMITE EF GENITAL POR NO PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA QUE LO AMERITE.

Extremidades: MÓVILES, EUTRÓFICAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

Osteomuscular: ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, SIN DEFORMIDADES, NORMOTENSO.

Neurológico: ALERTA, ORIENTADO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIÓN, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTÁNEOS, FUERZA 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, REFLEJOS ++/+++ SIMÉTRICOS, SIN FOCALIZACIONES NI SIGNOS MENÍNGEOS
ESTADO MENTAL: SIN ALTERACIONES EN LA PERSONALIDAD. JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADOS.

Pagina: 1 de 3 Imprime: YADIRA	Medico: VALDES LOPEZ SANTIAGO	Firma 
	Cedula: 1.006.318.254 Registro:	
Fecha Sistema: 29/10/2024 Hora: 16:25:52		

		ESE HOSPITAL SAN PABLO DE TARSO Nit: 890.982.182-4				
		HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA			Atencion: 111	
					Fecha: Oct.29/2024	
Nombre:	SOTO ARCILA JOHAN	Edad:	12 Años	Sexo:	MASCULINO	
Telefono:	3117381876	Estrato:	SUBSIDIADO-1			
Historia:	1046506306	Id:	TI 1046506306			
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	16:05			
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS-S					

Signos Vitales: Peso: 40.00 KG Kg, Talla: 140 Mts, IMC: 20.4, Clasificacion: Revisar Clas. x R.2465, Riegos: Revisar Clas. x R.2465, Pulso: 85 Xm, Frecuencia Cardiaca: 85 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 26, P.Sistolica: 999, P.Diastolica: 99, P.Arterial Media: 399, Temperatura: 36.5, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD, ACTUALMENTE EN CONTEXTO DE MARCHA ATOPICA. SE HAN DOCUMENTADO MULTIPLES MANIFESTACIONES DE HIPERSENSIBILIDAD CON MULTIPLES INTERNACIONES ASOCIADAS, HA PRESENTADO MULTIPLES EPISODIOS ALERGICOS ASOCIADOS AÑOS ATRAS A FARMACOS (AMOXICILINA - AZITROMICINA), PICADURAS, INTERVENCIONES ODONTOLÓGICAS Y ALERGIAS ESTACIONALES. CLINICAMENTE CON TOS CUANDO CORRE (5/5), CONGESTION NASAL (5/5) Y PICAZON DE NARIZ (5/5) CRITERIOS CLINICOS DETERMINANTES. ACUDE PARA REFORMULACION DE DE ORDEN PARA VALORACION POR PEDIATRIA LA CUAL SE INDICA DE CARACTER PRIORITARIO. ACTUALMENTE MADRE REFIERE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. CON RINORREA RECURRENTE ASOCIADA AL FRIO. SIN OTROS ASOCIADOS. AL EXAMEN FISICO, PACIENTE SIN SIGNOS DE SIRS. TÓRAX SIMÉTRICO, PATRÓN RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL, SIN RETRACCIONES, SIN TIRAJES. CLARO PULMONAR GENERALIZADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN RUIDOS ADVENTICIOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN R3 O R4, SIN DESDOBLAMIENTOS, SIN OTROS RUIDOS SOBREAGREGADOS. POR LO PRONTO Y A EXPENSAS DE PREVENIR RECAIDAS, SE FORMULA TERAPIA DE MANTENIMIENTO Y DE RESCATE. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE Y MADRE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES:

RECONSULTAR POR URGENCIA SI: PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA AUN CON INHALADOR, SE PONE MORADA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, LE SILBA EL PECHO, SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS, TOS IMPARABLE, FIEBRE, TOS CON FLEMA AMARILLA

Lectura Radriografica:

Diagnostico: Dx.Principal: T784-ALERGIA NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionadol: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: MAMA Y PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 284996 - Oct.29/2024

1. DIFENHIDRAMINA 50 MG - CAPSULA, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 CAPSULA CADA 24 HORAS EN CASO DE ALERGIA.
2. SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS FCO 200 DOSIS - INHALADOR BUCAL, Via:INHALADOR - ORAL, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 4 PUFF CADA 4 HORAS EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

RECOMENDACIONES - W10 140295 - Oct.29/2024

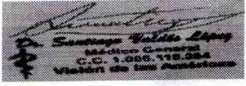
1. RECONSULTAR POR URGENCIA SI: PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA AUN CON INHALADOR, SE PONE MORADA, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, LE SILBA EL PECHO, SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS, TOS IMPARABLE, FIEBRE, TOS CON FLEMA AMARILLA

Pagina: 2 de 3 Imprime: YADIRA		Medico:VALDES LOPEZ SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema:29/10/2024 Hora:16:25:52		Cedula: 1.006.318.254 Registro:	

		ESE HOSPITAL SAN PABLO DE TARSO Nit: 890.982.182-4			
		HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA		Atencion: 111 Fecha: Oct.29/2024	
Nombre:	SOTO ARCILA JOHAN	Edad:	12 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3117381876	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1046506306	Id:	TI 1046506306		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	16:05		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANT EPS-S				

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 27696 - Oct.29/2024

1. Consulta de Primera Vez por Especialista en Pediatría.,Cantidad: 1
2. RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERA,Cantidad: 1
3. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO,Cantidad: 1

Pagina: 3 de 3 Imprime: YADIRA	Medico:VALDES LOPEZ SANTIAGO	Firma 
	Cedula: 1.006.318.254 Registro:	
Fecha Sistema:29/10/2024 Hora:16:25:52		

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27267134	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-11-06 HORA: 04:53	
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
CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN				NI	900625317
Código	050011313101		Telefono 1	6045906902	
Correo	agendate@corporacionhcm.org		Teléfono 2	3102530161	
Dirección					
Calle 72 A # 48 A - 70					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
SOTO		ARCILA		JOHAN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1046506306		Fecha de nacimiento
2011-12-15					
Dirección de Residencia Habitual		LA ARBOLEDA		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	TARSO	
Teléfono celular	3113811876	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	T784 - Alergia no especificada	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890283	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21805632		Fecha	2024-10-30	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:			657	Reclamo de tickete, 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		
xyuilrai (Xiomara Yulie Irál)			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		

SAVIA SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27280921	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-11-07 HORA: 03:43	
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		Teléfono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	6045906901	
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
SOTO		ARCILA		JOHAN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1046506306		Fecha de nacimiento
2011-12-15					
Dirección de Residencia Habitual		LA ARBOLEDA		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	TARSO	
Teléfono celular	3113811876	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	T784 - Alergia no especificada	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
Observación	APROBADO				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21805632		Fecha	2024-10-30	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:			657	Reclamo de tiquete, 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		
cmenamos (CARMEN ELENA MENA MOSQUERA)			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		

Mania guleidy Arcila farsonda
cc 104693254
celular 3001722249.