

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 28348102	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2025-02-13 HORA: 08:18	
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	6044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2		
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
JIMENEZ		FLOREZ		JAVIER DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	15521717		Fecha de nacimiento 1950-05-05
Dirección de Residencia Habitual		CL 47 D 58 A 38 IN 201		Telefono	6042775373
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ITAGUI	
Telefono celular	3126838512	Correo electrónico	jaiderosorio4545@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	879 - Trastorno venoso no especificado	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890240	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
Observación	SOPORTE 2025-01-20				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22656054		Fecha	2025-02-13	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:			671	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		
cramirez (CLARA ELENA RAMIREZ 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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO N° 3

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 1 8 7 9

FECHA: 20/01/2025

HORA: 11:20

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA		NIT	X	8	1	1	0	1	7	8	1	0
Codigo: 0 5 3 6 0 0 2 1 2 1 0 1		CC		Numero								
Direccion: CL 33 50 A 25												
Telefono	092	7334119	Departamento: ANTIOQUIA	0	5	Municipio: ITAGUI	3	6	0			
Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS-SAVIA SALUD		Codigo:		230								
DATOS DEL PACIENTE												
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre						
JIMENEZ		FLOREZ		JAVIER		DE JESUS						

Tipo Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadanía	Numero de Documento de identificacion									
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identificacion	Fecha de nacimiento: 5 / 0 5 / 1 9 5 0									
☐ Menor sin identificac	☐ Permiso permanencia	☐ Certificado Nacido Vivo										
☐ Numero Unico Identi	☐ Salvoconducto	☐ Carné Diplomático										

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 47D 58A 38		Telefono: 3 1 2 6 8 3 8 5 1 2	
Departamento: ANTIOQUIA	0 5	Municipio: ITAGUI	3 6 0
Telefono Celular: 3 1 2 6 8 3 8 5 1 2	Correo Electronico NO@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	☐ PPVNA

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	☒ Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional	☐ Accidente de Transito	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa	☐ Urgencias	☐ Hospitalizacion	Servicio SERVICIOS AMBULATORIOS CALATRAVA	Consulta_Externa
				Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 2 4 0	1 0	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN CIRUGIA VASCULAR

Justificacion Clínica

AUSENCIA DE LA SAFENA MAYOR BILATERAL POR ANTECEDENTES DE CIRUGIA INSUFICIENCIA DE TRIBUTARIAS BILETERALES INSUFICIENCIA DE POPLITIA BILETERALES INSUFICIENCIA DEL PLEXO VENOSO PROFUNDO SUBDERMICO BILETERALES SER ORDENA VALORACION URGENTE POR CIRUGIA VASCULAR

Impresion Diagnostica

Dx Principal	CIE10	Descripción
Dx relacionado1	1 8 7 9	TRASTORNO VENOSO, NO ESPECIFICADO
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita PAJARO VELASCO JUAN CAMILO	Telefono	
Cargo Actividad PROFESIONAL	Indicativo	Numero Extension
	Celular	

Firma del Solicitante

Firma del Prestador

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Firma del Acreditado

Médico 1143371112 - PAJARO VELASCO JUAN CAMILO

LICENCIADO A: [HOSPITAL DEL SUR - GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA DE ITAGUI] NIT [811017810-6]



HISTORIA CLÍNICA

REVISIÓN DE EXAMENES

Nº Historia Clínica: 15521717

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JAVIER DE JESUS JIMENEZ FLOREZ

Identificación: 15521717

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 05/mayo/1950 Edad Actual: 74 Años / 8 Meses / 16 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 47D 58A 38

Teléfono: 1

Procedencia: ITAGUI

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS-SAVIA SALUD

Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITADO SUBSIDIADO

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DEL INGRESO FOLIO Nº 15

(Fecha: 20/01/2025 11:19 a. m.)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1137730 Fecha: 20/01/2025

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MOTIVO SOLICITUD

REVISIÓN DE EXAMENES

Código Diagnóstico 1879 Descripción Diagnóstico 1879 - TRASTORNO VENOSO, NO ESPECIFICADO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO CON FLEBITIS EN MANEJO CON MEJORIA, PERO ECOGRAFIA DOPLER EN MIEMBROS INFERIORES CON CAMBIOS SIGNIFICATIVOS

RESULTADO EXAMENES

ECOGRAFIA DOPLER 17/01/2025

AUSENCIA DE LA SAFENA MAYOR BILATERAL POR ANTECEDENTES DE CIRUGIA

INSUFICIENCIA DE TRIBUTARIAS BILETERALES

INSUFICIENCIA DE POPLITIA BILETERALES

INSUFICIENCIA DEL PLEXO VENOSO PROFUNDO SUBDERMICO BILETERALES

COD DIAGNÓSTICO

Indicaciones

AUSENCIA DE LA SAFENA MAYOR BILATERAL POR ANTECEDENTES DE CIRUGIA

INSUFICIENCIA DE TRIBUTARIAS BILETERALES

INSUFICIENCIA DE POPLITIA BILETERALES

INSUFICIENCIA DEL PLEXO VENOSO PROFUNDO SUBDERMICO BILETERALES

SER ORDENA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR

Tratamiento

AUSENCIA DE LA SAFENA MAYOR BILATERAL POR ANTECEDENTES DE CIRUGIA

INSUFICIENCIA DE TRIBUTARIAS BILETERALES

INSUFICIENCIA DE POPLITIA BILETERALES

INSUFICIENCIA DEL PLEXO VENOSO PROFUNDO SUBDERMICO BILETERALES

SER ORDENA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR

Nombre reporte : HCRPHistoBase - CE012W

Firma

Usuario: EGRAJALES

Nombre PAJARO VELASCO JUAN

1143371112

Pagina 1/1

LICENCIADO A: HOSPITAL DEL SUR - GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA DE ITAGUI NIT [811017810-6]

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

REVISIÓN DE EXAMENES

N° Historia Clínica: 15521717

N° Folio:

15

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JAVIER DE JESUS JIMENEZ FLOREZ

Identificación: 15521717

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 05/mayo/1950 Edad Actual: 74 Años / 8 Meses / 16 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 47D 58A 38

Teléfono: 1

Procedencia: ITAGUI

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS-SAVIA SALUI Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: CAPITADO SUBSIDIADO

Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1137730 Fecha: 20/01/2025 10:42:24 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE EXAMENES		AREA SERVICIO: 010	CONSULTA AMBULATORIA SAN PIO	
CODIGO	DESCRIPCION		CANTIDAD	ESTADO
890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN CIRUGIA VASCULAR		1	Urgente

Observaciones: AUSENCIA DE LA SAFENA MAYOR BILATERAL POR ANTECEDENTES DE CIRUGIA
INSUFICIENCIA DE TRIBUTARIAS BILETERALES
INSUFICIENCIA DE POPLITIA BILETERALES
INSUFICIENCIA DEL PLEXO VENOSO PROFUNDO SUBDERMICO BILETERALES

SER ORDENA VALORACION POR CIRUGIA VASCULAR

Total Items: 1