

ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 19849900	
DIRECCION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-12-01 HORA: 09:28	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			
DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)			
Nombre		Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI	890905177
Código	050010608601	Teléfono 1	3103831769
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6045906901
Dirección			
CALLE 92EE N 67-61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN
DATOS DEL PACIENTE			
VALENCIA	FRANCO	MARTHA	ELENA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21421213
Fecha de nacimiento	1964-08-17		
Dirección de Residencia Habitual	CR 56 45 14		Teléfono
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	ABEJORRAL
Teléfono celular	3135658328	Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			Cama
Servicio	Quirúrgico General (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	K469 - Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena
Manejo Integral según Guía de			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
547401	1	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	
Observación	ok		
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	16284343	Fecha	2022-11-21
		Hora	10:49
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:		10 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:		556	
		Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:			
Aplica cobro:			
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓ Exento cobro	62404	10 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)		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	

Original



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 3 0 3 1 4 1 8 3 8

FECHA:

2 0 2 3 / 0 3 / 1 4

HORA:

1 5 : 0 2

INFORMACION DEL PRESTADOR

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

VALENCIA

FRANCO

MARTHA

ELENA

Numero de Documento de identificacion

Tipo Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadania

☐ Menor sin identificacion

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identifiacio

Fecha de nacimiento:

2 1 4 2 1 2 1 3

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 56 COLOMBIA #45-14

Telefono:

1 7 / 0 8 / 1 9 6 4

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: ABEJORRAL

0 0 2

Telefono Celular:

3 1 1 6 4 1 5 5 9 7

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

☒ 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

CIRUGIA

Consulta_Externa

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS

Cantidad

9 0 2 0 4 5

1

TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]

9 0 2 0 4 9

1

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

Descripción

Justificación Clínica: --

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

K 4 3 9

HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita PEROZO CARDOZO PAOLA MARGARITA

Telefono

Cargo Actividad ANESTESIOLOGIA

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

PEROZO CARDOZO PAOLA
MARGARITA

21 MAR 2023

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



ANEXO TECNICO N°.3
REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 003047 14 AGO 2008



NUMERO INFORME:

W93
109170

Fecha:

May.18/2023

Hora:

09:51

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.643-9
Código: 050020436001
Dirección: CALLE CIRCULAR POR CARRERA CALIBIO Fax: 8648856
Teléfono: 8647383 Código: 05
Departamento: ANTIOQUIA Código: 002
Municipio: ABEJORRAL Código: EPSS40
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS
(PAGADOR):

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: VALENCIA 2do. Apellido: FRANCO
1er Nombre: MARTHA 2do. Nombre: HELENA
Tipo de Documento: CEDULA No. Documento: 21.421.213
Fecha de Nacimiento: Ago.17/1964 Edad: 58 Años Sexo: FEMENINO Teléfono: 3116415597
Dirección Residencia: BARRIO OBRERO Código: 05
Departamento: ANTIOQUIA Código: 2
Municipio: ABEJORRAL
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: NO PRIORITARIA Servicio: MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Cama:
Manejo Integral Según Guía: BACTERIOLOGO

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)
2	902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

Justificación Clínica: PACIENTE DE 58 AÑOS. ESTUDIO HASTA 8VO GRADO. VIVE EN AREA URBANA, AMA DE CASA. ESTA PROGRAMADA PARA CIRUGIA. SOLICITA QUE SE LE TRANSCRIBA EXAMANES ORDENADOS POR ANESTESIOLOGO. AUN NO TIENE FECHA DE CIRUGIA.

Diagnostico principal: HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGREN Código CIE10: K469
Diagnostico relacionado 1: PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DEL TABACO Código CIE10: Z720
Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA ** Código CIE10:

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: OSPINA BOTERO MIGUEL JAIME Teléfono: 8647383
Registro Medico: 51692-98 Teléfono Celular:
Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Firma

SALUD EPS

18 MAY 2023

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 22264172	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2023-08-09	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 08:50	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VALENCIA		FRANCO		MARTHA ELENA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento De Identificación		Número documento de identificación		Fecha de nacimiento	
CC		21421213		1964-08-17	
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	
Departamento				Municipio	
ANTIOQUIA				ABEJORRAL	
Teléfono celular		Correo electrónico			
3135658326					
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio				Cama	
Cirugía General (Consulta Ext)					
Diagnóstico Principal				K469 - Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
547401	1	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN					
18190367		Fecha		2023-08-09	
		Hora		08:50	
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 ticket, 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		
Sistema			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		

sayla SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 21533905	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2023-05-30		HORA: 12:28	
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 SAN JUAN DE DIOS (ABEJORRAL)				NI	89080643
Código	050020436001		Teléfono 1	6048647181	
Correo			Teléfono 2	6048647191	
Dirección					
CL CIRCULAR X KR CALIBIO					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ABEJORRAL	
DATOS DEL PACIENTE					
VALENCIA		FRANCO		MARTHA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
ELENA					
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	21421213	Fecha de nacimiento
					1964-08-17
Dirección de Residencia Habitual		CR 56 45 14		Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ABEJORRAL	
Teléfono celular	3135658328		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Medicina General (Consulta Ext)					Diagnostico Principal
					K469 - Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]			
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]			
Observación	Hernia abdominal no especificada sin obstrucción ni gangrena				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		17563608		Fecha	2023-05-18
				Hora	14:09
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:				552	
				Reclamo de ticket, 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		
Ilopatro (LINA MARIA LOPEZ RODRIGUEZ)			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		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Original