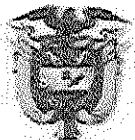


savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 17618211	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-04-25		HORA: 16:34	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010808801	Dirección			
Teléfono	5904485	CL 92EE N 67 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
BEDOYA		LUZ		AMALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21560727	Fecha de nacimiento	1967-02-11
Dirección de Residencia Habitual		SD VEREDA EL LEON		Teléfono	8040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BETULIA		
Teléfono celular	3127171908	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	M841 - FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
770501	1	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA			
Observación	vbo				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14408875	Fecha	2022-03-31	Hora	17:14
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:				525	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		75364	10 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
dtrejoso (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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		

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 17618194	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-04-25		HORA: 16:33	
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO
					EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010809601		Dirección		
Teléfono	5904485		CL 92EE N 67 61		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
BEDOYA		LUZ		AMALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21560727		Fecha de nacimiento
1967-02-11		Dirección de Residencia Habitual		SD VEREDA EL LEON	
Teléfono		8040001000			
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BETULIA	
Teléfono celular	3127171908		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)					Diagnostico Principal M841 - FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
786501	1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR			
Observación	vbo				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14408876		Fecha	2022-03-31	Hora 17:14
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:			525		
Reclamo de ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		50002	10 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
directora (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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 TÉCNICO No. 4		NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 17618184	
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-04-25		HORA: 16:33	
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO
					EPSS40
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010808601		Dirección		
Teléfono	5904485		CL 92EE N 67 61		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
BEDOYA		LUZ		AMALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	21560727		Fecha de nacimiento
				1967-02-11	
Dirección de Residencia Habitual		SD VEREDA EL LEÓN		Teléfono	8040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BETULIA	
Teléfono celular	3127171908		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	M841 - FALTA DE CONSOLIDACIÓN DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
793501	1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO INTERTROCANTERICA SUPRACONDILEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)			
Observación	vbo				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14408877		Fecha	2022-03-31	Hora
				17:14	
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:			525		
			Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	✓	Exento cobro		131471	10 %
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
dtrejoso (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 17439676	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-04-01		HORA: 14:25	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO
					EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento		Número documento
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SEDE BELLO			NI		890906793
Código	050880398945		Dirección		
Teléfono	4444343		Diagonal 55 # 37-41 local 448		
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BELLO	
DATOS DEL PACIENTE					
BEDOYA		LUZ		AMALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	21560727		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BETULIA	
Teléfono celular	3127171908		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)		Diagnostico Principal	M841 - FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]			
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]			
Observación	23/03/22 paciente con 5 aos de fx de fmur distal iz , en el momnto en no union a pesar de 2 intentos de consolidación , se decide realizar nueva osteosintesis por falla de todo el material de osteos				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14408878		Fecha	2022-03-31	Hora
				17:14	
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:			521	Reclamo de ticketo, 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		
adiazab (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 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2 2 0 3 2 3 6 9 8 4 FECHA: 2 0 2 2 / 0 3 / 2 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 1 2 : 0 8

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT X 8 9 0 9 0 5 1 7 7
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
BEDOYA		LUZ	AMALIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion 2 1 5 6 0 7 2 7

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identifiacio Fecha de nacimiento: 1 9 6 7 / 0 2 / 1 1

Direccion de Residencia Habitual: VEREDA EL LEON Telefono: 3 1 2 7 1 7 1 9 0 8

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: BETULIA 0 9 3

Telefono Celular: 3 1 2 7 1 7 1 9 0 8 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 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	Descripción
7 7 0 5 0 1	1	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR VÍA ABIERTA
7 8 6 5 0 1	1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR
7 9 3 5 0 1	1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE F
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUE
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
9 0 2 0 4 5	1	* TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
9 0 2 0 4 9	1	* TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

Justificación Clínica: paciente con no union de fx de femur distal izq desde hace 5 años en el omnbeto con persistencia de la mala calidad , osea , y falla de materila , que requiere manejo q x

Impresion Diagnostica CIE10 Descripcion
Dx Principal M 8 4 1 FALTA DE CONSOLIDACION DE FRACTURA [SEUDOARTROSIS]
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



TRÁMITE INTERNO

FECHA: 28 03 2022

FIRMA:

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **LUZ AMALIA BEDOYA** DOCUMENTO / HISTORIA **21560727**
Edad **55 Años \ 1 Meses \ 12 Día** Sexo **Femenino** Estado Civil **Soltero**
Fecha Nacimiento **11/02/1967** Dirección **VEREDA EL LEON** Teléfono **3127171908-3206247776**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **375601** Fecha Ingreso **23/03/2022 11:04:58 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 2 2022**
SALUD EPS

Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco

Nombre Acompañante **Telefono**

FOLIO N° **2** FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **23 de marzo de 2022**

MOTIVO DE LA CONSULTA

control de fx de femur izq

ENFERMEDAD ACTUAL

cuadro de 5 años de cx de fx de femur izq, pacinete que relata sentirse igual

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	29/09/2021	HIPOTIROIDISMO

REVISIÓN 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 FÍSICO

Signos Vitales
TA: 120 / 78 mm Hg TAM: 92 mm Hg FC: 80 x min FR: 20 x min Dolor No Temperatura: 0,0 °C
Glucometría ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion <2 seg Estado de Conciencia: Alerta
Peso ☐ Talla ☐ IMC: ☐ PVC: ☐ mmHg20

Estado General: se encuentra paciente tranquila, hidratada, sin sdr extremidades: muslo izq con ede, a moderado, sin dolor, con apoyo parcial sin dolor, llenado capilar menor de 2 seg, sensibilidad conservada, hay movilidad de foco de fx, pero no hay calor, ni entema

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANÁLISIS: paciente con 5 años de fx de fmur distal iz, en el momento en no union a pesar de 2 intentos de consolidación, se decide realizar nueva osteosíntesis por falla de todo el material de osteosíntesis con proteína morfogenética e injerto oseo

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO: se programa, cx de retiro de material en femur y colocación e nueva osteosíntesis con injerto oseo y proteína morfogenética

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA CODIGO CIE- 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M841	FALTA DE CONSOLIDACIÓN DE FRACTURA (SEUDOARTROSIS)		☒	Definitivo

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	sistema de extracción difícil de rp, clavo retrogrado de femur, placa de soporte condilar, sustituto oseo, proteína morfogenética de mediatech

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **LUZ AMALIA BEDOYA**

DOCUMENTO / HISTORIA

21560727

Cama Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **375601**

Fecha Ingreso **23/03/2022 11:04**

FOLIO N° 2

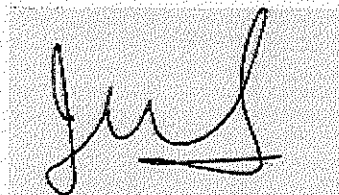
FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

23 de marzo de 2022

REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO,
INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) CON FIJACION INTERNA
(DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)

INJERTO OSEO EN FEMUR

EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR



Profesional: **ARANGO GOMEZ JUAN CARLOS**

R. M.: **71745328**

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

HC CONSULTA EXTERNA

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	LUZ AMALIA BEDOYA	Identificación	21560727
Edad Actual	55 Años \ 1 Meses \ 12 Días	Sexo	Femenino
Dirección	VEREDA EL LEON	Teléfono	3127171908-3206247776
Procedencia	BETULIA		

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 375601 **Fecha** 23/03/2022 11:04 **Cama**

Entidad Responsable SAS2021 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 2 2022

Acudiente **Enfermedad_General_y_Maternidad**
Dirección **Parentesco**
Telefono

Folio N°	2	Fecha Folio	23/03/2022 12:11	Folio Asociado	
		Causa externa		Enfermedad_General	

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

Servicio:	770501I	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	---	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones: sistema de extracción difícil de rp , clavo retrogrado de femur , placa de soporte condilar , sustituto oseo , proteina morfogenetica de meditech

Requerimientos:

Paciente entrega consentimiento informado ☐

Servicio:	793501I	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	---	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones:

Requerimientos:

Paciente entrega consentimiento informado ☐

Servicio:	780501I	INJERTO OSEO EN FEMUR	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	-----------------------	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones:

Requerimientos:

Paciente entrega consentimiento informado ☐

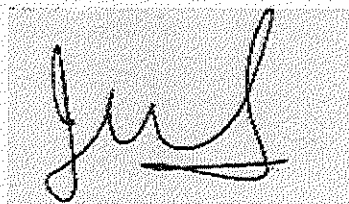
Servicio:	786501I	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	---	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones:

Requerimientos:

Paciente entrega consentimiento informado ☐

Total Ítems: 4



ARANGO GOMEZ JUAN CARLOS
 71745328
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA