



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: 2026011432342219 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32342219

FECHA Y HORA : 2026-01-14-11:58

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				Nit	900604350	Codigo	EPS040	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890905177		
Código	050010608601			Telefono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil		
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Telefono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo		
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN				
DATOS DEL PACIENTE									
MARIN		DE GIRALDO		GILMA					
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		24837384		Fecha de nacimiento		1960-08-02	
Dirección de Residencia Habitual		Calle 48 AA # 103 - 46				Teléfono		6042528846	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN				
Teléfono celular	3122457344		Correo electrónico	gil.marin2000@hotmail.com					
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	R522 - Otro dolor cronico				
Manejo Integral según Guía de				Consulta externa					
Grupo de servicios									
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL			
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
890343	1	CONSULTA DE CONTROL Ó DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS							
Observación	2025-12-13								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25352402		Fecha y hora de solicitud		2025-12-15-03:49			
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:					719		Reclamo de tiquete, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: SI									
Cuota moderadora	☒	Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago		Exento cobro		5000.00		0.00 %			
Tope máximo copagos					Motivo Exento				
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
jgomezso (JULIAN GOMEZ SOTO)					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		2026-07-13	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683					

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original



ANEXO TÉCNICO No. 1
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 5 1 2 1 3 8 8 2 8

FECHA:

2 0 2 5 / 1 2 / 1 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 1 : 5 6

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	CC		Numero
Telefono: 098 4447192	Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61		
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
MARIN	DE GIRALDO	GILMA	

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 Identifiacio	Fecha de nacimiento: 2 / 0 8 / 1 9 6 0

Direccion de Residencia Habitual: CL 48 BG 103 A 38 AP 120

Telefono: 3 1 2 2 4 5 7 3 4 4

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: ITAGUI 3 6 0

Telefono Celular: 3 1 2 2 4 5 7 3 4 4 Correo Electronico: notiene@gmail.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	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion
☒ Enfermedad General	☐ Accidente de Trabajo	☒ Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional	☐ Evento Catastrofico	☐ No Prioritaria
☐ Accidente de Transito	☒ Posterior a la atencion de Urgencias	
	☒ Servicios Electivo	

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Consulta_Externa

☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 4 3	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
9 3 1 0 0 1	1 0	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
9 3 1 0 0 1	2 0	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Medicamentos

Codigo CUM	Cantidad	Descripción

Justificación Clínica: **ANALISIS Paciente femenina de 65 años de edad con antecedente de fibromialgia que condiciona dolor noscioplastico asociado a fuentes inagotables de dolor por fuentes no físicas dado pro trstorno mixto de ansiedad y depresion, en seguimiento por psiquiatria por medicina del dolor se considera ajuste a manejo analgesico, se renueva orden de terapias, se continua seguimiento cada 3 meses. Se aclaran dudas entiendo y acepta. **PLAN -Control 3 meses medicina del dolor -Ciclobenzaprina 10 mg 1 tab al dia por 10 dias y suspender -Pregabalina 150 mg 1 capsula en la noche -Diclofenaco gel aplicar cada 12 horas -Acetaminofen/cafeina 500/50 mg 1 tab cada 1 2 horas -Hidroterapia 20 sesiones-Terapia fisica 10 sesiones sedativa

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	R 5 2 2	OTRO DOLOR CRONICO
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita HERNANDEZ MENESES JUAN DAVID	Telefono	
Cargo Actividad DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Indicativo	Numero Extension
	Celular	
	Telefono: 4447192	

HERNANDEZ MENESES JUAN
DAVID

TRÁMITE INTERNO
HOSPITAL LA MARIA
FECHA: 13/10/25
FIRMA: Adreina H

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	GILMA MARIN DE GIRALDO	Tipo Doc	Cédula Ciudadanía	DOCUMENTO	24837384
Edad	65 Años / 4 Meses / 10 Día	Sexo	Femenino	Estado Civil	Separado
Fecha Nacimiento	02/08/1960	Dirección	CL 48 BG 103 A 38 AP 120		
Cama	Area CONSULTA EXTERNA	Ingreso	1723007	Teléfono	3103584268
				Fecha Ingreso	13/12/2025 10:48:27 a. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

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

Nombre Acudiente

Telefono

Parentesco

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 3

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

13/12/2025 11:56 a. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

***MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

ENFERMEDAD ACTUAL

***PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

-Fibromialgia

-Trastorno mixto de ansiedad y depresion

****ANTECEDENTES**

*Patológicos: HTA, Diabetes tipo 2

*Quirúrgicos: mamoplastia de reducción, tubectomia,

*Alérgicos: No refiere

*Tóxicos: No refiere

****EXAMEN FISICO**

-INSPECCION GENERAL: Buenas condiciones generales, afebril, sin SIRS, sin SDR

-CABEZA Y CUELLO: Normocefala, escleras anictericas conjuntivas rosadas mucosa oral humeda, cuello movil sin masas ni adenopatias

-TORAX: Simetrico normoexpansible no retracciones

-CARDIOPULMONAR: Ruidos cardiacos ritmicos de buen tono e intensidad no soplos ni ruidos sobreagregados, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares

-ABDOMEN: Blando depresible sin signos de irritacion peritoneal, no masas no megalias, ruidos hidroareos conservados

-EXTREMIDADES: Miembros superiores: Sin dolor a la palpación. Arcos de movilidad conservados, no dolorosos, patrones funcionales, adecuada fuerza de agarres y pinzas. Fuerza muscular por miotomas: 5/5. Miembros inferiores: Sin dolor a la palpación. Arcos de movilidad conservados, no dolorosos. Roce patelofemoral bilateral. Fuerza muscular por miotomas: 5/5

-NEUROLOGICO: Alerta, orientada, sin signos de focalizacion neurologica agudo. Glasglow 15/15

-PIEL: Piel sin lesiones

****ANALISIS**

Paciente femenina de 65 años de edad con antecedente de fibromialgia que condiciona dolor noscioplastico asociado a fuentes inagotables de dolor por fuentes no fisicas dado pro trstorno mixto de ansiedad y depresion, en seguimiento por psiquiatria por medicina del dolor se considera ajuste a manejo analgesico, se renueva orden de terapias, se continua seguimiento cada 3 meses. Se aclaran dudas entiende y acepta.

****PLAN**

-Control 3 meses medicina del dolor

-Ciclobenzaprina 10 mg 1 tab al dia por 10 dias y suspender

-Pregabalina 150 mg 1 capsula en la noche

-Diclofenaco gel aplicar cada 12 horas

-Acetaminofen/cafeina 500/50 mg 1 tab cada 1 2horas

-Hidroterapia 20 sesiones

-Terapia fisica 10 sesiones sedativa

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos :

Torax/Cardio/Pulmonar :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

Piel y Faneras :

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA: 100 / 78 mm Hg TAM: 85 mm Hg FC: 85 x min FR: 18 x min Dolor Si Escala Dolor 6 Temperatura : ° C

Glucometria ☐ mg/dl S02 ☐ % FI02 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta

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

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 13/12/2025 11:56

Usuario: 1110565778

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

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **GILMA MARIN DE GIRALDO**

DOCUMENTO / HISTORIA **24837384**

Cama **Area CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **1723007**

Fecha Ingreso **13/12/2025 10:48**

FOLIO N° **3**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

13/12/25 11:56 a. m.

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANÁLISIS:

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO:

Recomendaciones-Información y educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
R522	OTRO DOLOR CRONICO		☒	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
90	PREGABALINA 150MG CAPSULA (R)	1 capsula en la noche
30	(M) CICLOBENZAPRINA 10 MG TABLETA (R)	tomar 1 tab al día por 10 días y suspender, repetir al siguiente mes
2	DICLOFENACO SODICO 1% GEL 50GR (R)	aplicar cada 12 horas
2	ACETAMINOFEN + CAFEINA 500 / 50 MG TABLETA (R)	tomar 1 tab cada 12 horas

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Control 3 meses
TERAPIA FISICA INTEGRAL	Terapia fisica sedativa
TERAPIA FISICA INTEGRAL	Hidroterapia 20 sesiones

Profesional: **HERNANDEZ MENESES JUAN DAVID**
R . M . : **1110565778**
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
890905177-9

Fecha Actual : sábado, 13 diciembre 202

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HC CONSULTA EXTERNA WEB

N° Historia Clínica: 24837384

N° Folio:

3

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GILMA MARIN DE GIRALDO

Identificación: 24837384

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 02/agosto/1960 Edad Actual: 65 Años / 4 Meses / 10 Días

Estado Civil: Separado

Dirección: CL 48 BG 103 A 38 AP 120

Teléfono: 3103584268

Procedencia: ITAGUI

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS CONTRIBUTIVO Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL A 2025

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1723007 Fecha: 13/12/2025 10:48:27 a. m.

Finalidad Consulta: Tratamiento

Causa Externa: Enfermedad_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		ÁREA SERVICIO: 7311	CONSULTA EXTERNA	
CODIGO	DESCRIPCION		CANTIDAD	ESTADO
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		1	Urgente
Observaciones:	Control 3 meses			
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL		10	Urgente
Observaciones:	Terapia fisica sedativa			
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL		20	Urgente
Observaciones:	Hidroterapia 20 sesiones			
			Total Ítems:	3

Profesional
Especialidad
R.M.

HC CONSULTA EXTERNA WEB INDICACIONES MEDICAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente GILMA MARIN DE GIRALDO
Edad Actual 65 Años / 4 Meses / 10 Días
Dirección CL 48 BG 103 A 38 AP 120
Procedencia ITAGUI

Identificación 24837384
Sexo Femenino
Teléfono 3103584268

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 1723007

Fecha 13/12/2025 10:48

Cama

Area:

7311 - CONSULTA EXTERNA

Entidad Responsable ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Nivel - Estrato CONTRIBUTIVO NIVEL A 2025

Acudiente

Dirección

Enfermedad_general

Parentesco

Telefono

Folio N°

3

Fecha Folio

13/12/2025 11:56

Folio Asociado

Causa externa

Enfermedad_general

INDICACIÓN

Tipo Indicación: Salida

Detalle:

Profesiona l: JUAN DAVID HERNANDEZ MENESES

R.M: 1110565778

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

HC CONSULTA EXTERNA WEB

FORMULA MEDICA

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente GILMA MARIN DE GIRALDO
Edad Actual 65 Años / 4 Meses / 10 Días
Dirección CL 48 BG 103 A 38 AP 120
Procedencia ITAGUI

Identificación 24837384
Sexo Femenino
Teléfono 3103584268

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 1723007

Fecha 13/12/2025 10:48

Cama

Entidad Responsable SAC2025 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS CONTRIBUTIVO

Nivel - Estrato CONTRIBUTIVO NIVEL A 2025

Acudiente

Dirección

COD Diagnóstico R522 **Causa Externa** Enfermedad_general

Enfermedad_general

Parentesco

Teléfono

Finalidad Consulta Tratamiento

Folio N°

3

Fecha Folio

13/12/2025 11:56

Folio Asociado

Causa externa Enfermedad_general

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

R522 - OTRO DOLOR CRONICO

MEDICAMENTOS POS			☐ DE CONTROL	
Medicamento: N03024	PREGABALINA 150MG CAPSULA (R)		Horas : -	Días : 90
Concentración: 150MG	Vía Administración: Oral		Cantidad: 90	
Indicación : 1 capsula en la noche				
Medicamento: M03014	(M) CICLOBENZAPRINA 10 MG TABLETA (R)		Horas : -	Días : 30
Concentración: 10 MG	Vía Administración: Oral		Cantidad: 30	
Indicación : tomar 1 tab al dia por 10 dias y suspender, repetir al siguiente mes				
Medicamento: M01017	DICLOFENACO SODICO 1% GEL 50GR (R)		Horas : -	Días : 1
Concentración: 1% / 50GR	Vía Administración: Topico		Cantidad: 2	
Indicación : aplicar cada 12 horas				
Medicamento: N02032	ACETAMINOFEN + CAFEINA 500 / 50 MG TABLETA (R)		Horas : -	Días : 1
Concentración: 500 / 50 MG	Vía Administración: Oral		Cantidad: 2	
Indicación : tomar 1 tab cada 12 horas				
Total Items:			4	

HERNANDEZ MENESES JUAN DAVID
1110565778
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS