

Bello- Antioquia, 10 de abril del 2025

SEÑORES
ESE HOSPITAL LA MARIA
Bello- Antioquia.

Asunto: Derecho de Petición. - solicitud de cita para el procedimiento ligadura y escision de safena interna enviada por el cirujano vascular.

Cordial saludo,

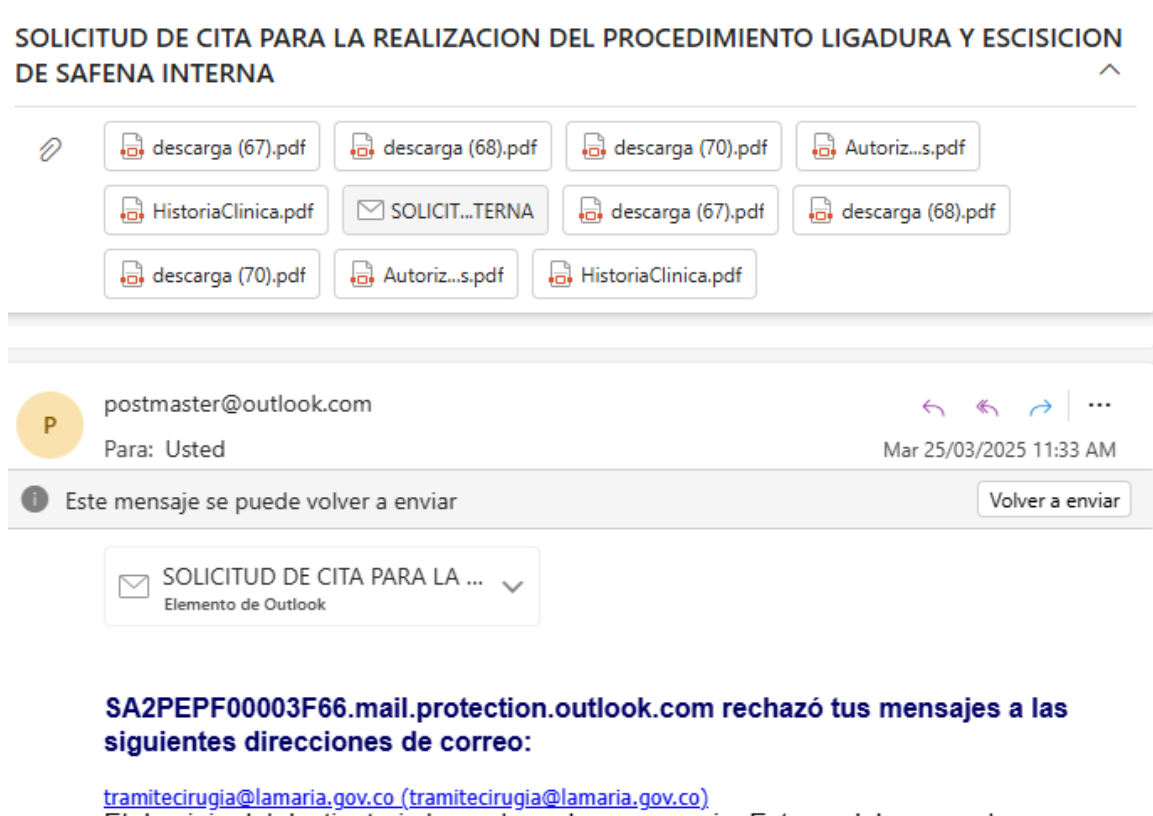
LUZ HELENA BERRIO DIAZ, identificada con la cédula de ciudadanía N.º 32307203 expedida en Copacabana- Antioquia mayor de edad, residente y domiciliada en este municipio, por medio del presente escrito, invocando el Derecho de Petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y Artículos 5 y ss. Del Código Contencioso Administrativo, solicito respetuosamente a la **ESE HOSPITAL LA MARIA** para que me programe la cita para el procedimiento **LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA ENVIADA POR EL CIRUJANO VASCULAR:**

HECHOS

1. Desde el 5 de marzo del 2025 recurrí a cita médica con el Cirujano Vascular, el Doctor Iván Ramiro Arismendi el cual ordeno el procedimiento de ligadura y escision de safena interna debido a que tengo una insuficiencia venosa ceap 1-2 la cual reduce mi calidad de vida, ya me produce un dolor y casación físico – emocional.
2. El 5 de marzo del 2025 el Doctor Iván Ramiro Arismendi tramita la solicitud de ligadura y escision de safena interna con radicado numero 407992 y posteriormente autorizada por la EPS SAVIA SALUD con el número de radicado 28761121- ESE HOSPITAL LA MARIA.
3. El 25 de marzo del 2025 me comunico vía WhatsApp al número 3205970178 para preguntar que tramite deba realizar para que me asignaran la cita del procedimiento a lo cual me indican que debo enviar los documentos al correo electrónico tramitecirugia@lamaria.gov.co o asistir de manera presencial, a lo que le conteste que yo soy una persona mayor de 70 años, soy sola me

ayudan de vez en cuando y la persona que lo hace se le imposibilita ese horario para ir presencial.

4. Procedo a enviar los documentos adjuntos al correo tramitecirugia@lamaria.gov.co desde ese mismo día y me indica que fue rechazado, vuelvo a escribirle al WhatsApp al número 3205970178 y me responde que “si deseo, puedo esperar a que se descongestione un poco el correo”



5. He escrito al correo del marzo del 2025 hasta le fecha no me han dado respuesta siempre me rechazan el correo, trato de comunicame al número de teléfono 6043207240 opción 4 – 1 procedimientos y siempre que llego me indica la operadora que me falta 20 después 40 y así sucesivamente me he quedado horas nunca me contestan.
6. Sigo sin que me den respuesta referente a mi solicitud de programarme mi cita ligadura y escision de safena interna toda vez que me encuentro muy mal de salud, esto me esta afectando tanto emocional como físico.

PETICION

Solicito respetuosamente a la **ESE HOSPITAL LA MARIA** para que me programe la cita para el procedimiento **LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA ENVIADA POR EL CIRUJANO VASCULAR.**

Por lo anteriormente expuesto solicito se dé trámite a la solicitud antes enunciada, por cuanto reitero es un derecho que me asiste.

ANEXOS

- Copia de la Historia clínica.
- Copia de la orden con el especialista
- Copia de la autorización por Savia Salud
- Copia de la Cedula de Ciudadanía

NOTIFICACIONES

Correo: retesfa@hotmail.com

Celular: 3148430966

Direccion: calle 53# 55-45

Agradezco de antemano su atención, en espera de una respuesta positiva.

Atentamente,

LUZ HELENA BERRIO DIAZ

Ciudadanía N° 32307203 de Copacabana-Antioquia
Peticionaria.



CORAXON SAS, 900425272-6
Sede: PRINCIPAL - CORAXON
Dirección: CALLE 56 46 42, MEDELLÍN,
ANTIOQUIA
Teléfono: 4447663

HISTORIA CLÍNICA

Identificación: 160938-610557
Fecha: 5 de marzo de 2025 15:09:52

Datos generales del paciente				
Paciente:	CC : 32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ			
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Género:	Edad: 73	Teléfono: 3148430966 3117194256
Dirección:				Ciudad residencia:
Estado civil:	SOLTERO			
Correo electrónico:	retesfa@hotmail.com			
Convenio:	4			Ips: 1
Riesgo de caída:	NO		Tipo de riesgo de caída: No aplica	
Profesional:	IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ CIRUGIA VASCULAR 51672			
Tipo de evaluación:	4 -			
Tipo de seguimiento:	CIRUGÍA VASCULAR			

* **Anamnesis**

Motivo de consulta:

73 AÑOS INSUF VENOSA CRONICA Y LINFEDEMA DE -20- AÑOS DE EVOLUCION. PREDOMINIO --DERECHO--. -SIN -- ANTECEDENTE DE PERDIDA DE TEJIDO , DE MANEJO CON MEDIA ELASTICA. NOOOOOOOOOOOOOOOOOO LAS USA REGULARMENTE EVENTO TROMBOTICO ARTERIAL O VENOSO PREVIO --NO-- HTA----SI-. DM --SI--. FALLA RENAL ---NO SABE --ALERGIAS ---NO--. TOXICOS ---NO-. QUIRURGICOS. -NO-- MEDICACIÓN. --LOSARTAN , ROSUVASTATINA, TIROXINA --DAPAGLIFOZINA-. DUPLEX VENOSO ---SEP2024-. MID.INSUF SAFENA MAYOR EN MUSLO Y TERCIO SUP PIERNA, TRIBUTARIAS Y PERFORANTE . LINFEDEMA MII.INSUF TRIBUTARIAS . LINFEDEMA PLETISMOGRAFIA ARTERIAL NOV 2024 MEDIO.NORMAL MII. EXAMEN FISICO NORMAL. FC.70 CUELLO. NO SOPLOS NO MASAS TORAX, NO RUIDOS PULMONARES AGREGADOS. EXTREMIDADES SUPERIORES. PUSLO RADIAL Y CUBITAL ++ ABDOMEN BILATERAL. NO SE PALPAN MASAS EXTREMIDADES INFERIORES. PULSOS MID++ MII++ EDEMA EN PIERNAS, DILATACION VARICOSA EN PIERNA DERECHA PLAN. PACIENTE CANDIDAT A INTERVENCION QUIRUGICA DE SU MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y ESCLERO ESPUMA DEL LADO IZQ SE SOLICITAN PREQUIRUGICOS DE RUTINA ORDEN DE VALORACION POR ANESTESIA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS RIESGOS DE LA INTERVENCION SERAN EXPLICADOS POR EL CIRUJANO QUE INTERVENGA. PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CEAP 1-2. SINTOMÁTICA QUE LIMITA SU VIDA DIARIA. CANDIDATO A ESCLEROTERAPIA DE SU MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. SE EXPLICA QUE LA ESCLEROTERAPIA DEL MIEMBRO INFERIOR, ES UNA INTERVENCION QUE BUSCA MEJORAR FISIOLÓGICAMENTE EL RETORNO DEL SISTEMA VENOSO Y NO ES PROCEDIMIENTO CON FINES NI RESULTADOS ESTETICOS. LOS PRINCIPALES RIESGOS SON: -EFECTOS SECUNDARIOS DEL ESCLEROSANTE LOCALES (TINCION DE LA PIEL O ULCERACION) Y SISTEMICOS (ANAFILAXIA, EMBOLISMO PULMONAR, CEREBRAL O CARDIACO). -DISESTESIAS EN EXTREMIDAD QUE PUEDEN SER PERMANENTES POR LESION DEL NERVIJO PERIFERICO HASTA EN UN 20 % DE LOS CASOS -CICATRICEZ Y/O COLORACION EN LA PIEL DE FORMA PERMANENTE -TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL O PROFUNDA HASTA EN UN 10 A 15 % DE LOS CASOS (A PESAR DE USO DE MEDICAMENTOS TROMBOPROFILACTICOS) -INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR FATAL ENTRE 0,01 -1% DE LOS CASOS INCLUSO CUANDO SE TRATA CORRECTAMENTE (White RH. The epidemiology of venous tromboembolism. Circulation 2003;107 (Suppl 1) 2003:I4-I8.) -INFECCION EN SITIOS DE PUNCION -EDEMA DE LA EXTREMIDAD TEMPORAL O PERMANENTEMENTE -LESION DE LA ARTERIA O VENA SUPERFICIAL O PROFUNDA -AMPUTACION DE EXTREMIDAD -MUERTE SE EXPLICA EN SUS PROPIOS TERMINOS QUE SE GARANTIZA DAR RESPUESTAS A TODAS SUS DUDAS ANTES DE LA INTERVENCION.

Antecedentes

Examen Físico

* **Signos vitales**

Edad	Peso	Talla	CMI	Cinturón de cadera	ES	Temperatura	Pulso	FC	Pensilvania	Sociedad Anónima	PA sistólica	PA diastólica
73	0	0			0		0	0		0.00		

* Agudeza visual

Ojo derecho:
0 - 0

Ojo izquierdo:
0 - 0

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
I839 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	Confirmado Repetido
Causa externa	Finalidad
13,Enfermedad general	10,NO APLICABLE


coraxón
Ivan Ramiro Arizmendi O.
Cirujano Vascular
1672-01

IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ | CIRUGIA VASCULAR
51672

Fecha y hora de impresión: 2025/03/05 | 15:57:57 Usuario imprime:



CORAXON

SAS,

900425272-6

Sede: PRINCIPAL - CORAXON

Dirección: CALLE 56 46 42, MEDELLÍN, ANTIOQUIA

Teléfono: 4447663

Nº Autorización:

Estado:

Fecha de expedición:

407992

Autorizado

5 de marzo de 2025

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: ANEXO TECNICO N°3

 DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	CC-32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ		
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Teléfono:	3148430966 Celular:3117194256
Dirección:		Correo electrónico:	
Tipo de afiliado:	Subsidiado	Rango:	Rango 1
EPS:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	Sede:	DIRECTOR – CORAXON
Contrato:	Solicitud Ser		
 DATOS DE LA ATENCIÓN			
Profesional:	71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ – CIRUGIA VASCULAR		
Registro Médico:	51672	Tipo de servicio:	Laboratorio
Diagnóstico I:	:		

Código	Servicio	Indica.	Cantidad.	Días.	V. Unitario	V. Cobrar
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD Nivel: ,Finalidad:		1	1	0	0

 ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA: 2025/09/01


Ivan Ramiro Arizmendi O.
Cirujano Vascular
1672-01

71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR | RM: 51672
Firma Electrónica



Sede: PRINCIPAL - CORAXON

Dirección: CALLE 56 46 42, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Teléfono: 4447663

Nº Autorización: 407992

Estado: Autorizado

Fecha de expedición: 5 de marzo de 2025

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: ANEXO TECNICO Nº3

 DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	CC-32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ		
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Teléfono:	3148430966 Celular:3117194256
Dirección:		Correo electrónico:	
Tipo de afiliado:	Subsidiado	Rango:	Rango 1
EPS:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	Sede:	DIRECTOR – CORAXON
Contrato:	Solicitud Ser		
 DATOS DE LA ATENCIÓN			
Profesional:	71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ – CIRUGIA VASCULAR		
Registro Médico:	51672	Tipo de servicio:	Laboratorio
Diagnóstico I:	:		

Código	Servicio	Indica.	Cantidad.	Días.	V. Unitario	V. Cobrar
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Nivel: I,Finalidad:		1	1	0	0

 ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA: 2025/09/01


Ivan Ramiro Arismendi O.
Cirujano Vascular
1672-01

71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR | RM: 51672

Firma Electrónica



Sede: PRINCIPAL - CORAXON

Dirección: CALLE 56 46 42, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Teléfono: 4447663

Nº Autorización: 407992

Estado: Autorizado

Fecha de expedición: 5 de marzo de 2025

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: ANEXO TECNICO Nº3

 DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	CC-32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ		
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Teléfono:	3148430966 Celular:3117194256
Dirección:		Correo electrónico:	
Tipo de afiliado:	Subsidiado	Rango:	Rango 1
EPS:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	Sede:	DIRECTOR - CORAXON
Contrato:	Solicitud Ser		
 DATOS DE LA ATENCIÓN			
Profesional:	71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR		
Registro Médico:	51672	Tipo de servicio:	Laboratorio
Diagnóstico I:	:		

Código	Servicio	Indica.	Cantidad.	Días.	V. Unitario	V. Cobrar
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] Nivel: 2,Finalidad:		1	1	0	0

 ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA: 2025/09/01



71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR | RM: 51672

Firma Electrónica



Sede: PRINCIPAL -
CORAXON
Dirección: CALLE 56
46 42, MEDELLIN,
ANTIOQUIA
Teléfono: 4447663

Nº Autorización:
Estado:
Fecha de expedición: 5 de marzo de 2025

407992
Autorizado

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: ANEXO TECNICO Nº3

 DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	CC-32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ		
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Teléfono:	3148430966 Celular:3117194256
Dirección:		Correo electrónico:	
Tipo de afiliado:	Subsidiado	Rango:	Rango 1
EPS:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	Sede:	DIRECTOR - CORAXON
Contrato:	Solicitud Ser		
📍 DATOS DE LA ATENCIÓN			
Profesional:	71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR		
Registro Médico:	51672	Tipo de servicio:	Quirúrgico
Diagnóstico I:	:		

Código	Servicio	Indica.	Cantidad.	Días.	V. Unitario	V. Cobrar
399200	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD Nivel: 2,Finalidad:		1	1	0	0

 ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA: 2025/09/01



Ivan Ramiro Arizmendi O.
Cirujano Vascular
1672-01

71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR | RM: 51672
Firma Electrónica



Sede: PRINCIPAL - CORAXON

Dirección: CALLE 56 46 42, MEDELLIN, ANTIOQUIA

Teléfono: 4447663

Nº Autorización: 407992

Estado: Autorizado

Fecha de expedición: 5 de marzo de 2025

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD: ANEXO TECNICO Nº3

 DATOS DEL PACIENTE

Paciente:	CC-32307203, LUZ HELENA BERRIO DIAZ		
Fecha de nacimiento:	24 de octubre de 1951	Teléfono:	3148430966 Celular:3117194256
Dirección:		Correo electrónico:	
Tipo de afiliado:	Subsidiado	Rango:	Rango 1
EPS:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS SAS	Sede:	DIRECTOR - CORAXON
Contrato:	Solicitud Ser		
 DATOS DE LA ATENCIÓN			
Profesional:	71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR		
Registro Médico:	51672	Tipo de servicio:	Quirúrgico
Diagnóstico I:	:		

Código	Servicio	Indica.	Cantidad.	Días.	V. Unitario	V. Cobrar
388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA Nivel: 3,Finalidad:		1	1	0	0

 ESTA AUTORIZACIÓN ES VALIDA HASTA: 2025/09/01



71745429, IVAN RAMIRO ARISMENDI ORTIZ - CIRUGIA VASCULAR | RM: 51672

Firma Electrónica



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		050010608601				Telefono 1		6044447192	
Correo		agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2			
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE									
BERRIO		DIAZ		LUZ		HELENA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación		32307203		Fecha de nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual		CL 53 N 55 99				Teléfono		6044521947	
Departamento		ANTIOQUIA				Municipio		BELLO	
Teléfono celular		3023301535		Correo electrónico		diseconti@gmail.com			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio		Cirugia Vascular (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		839 - Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamacion		
Manejo integral según Guía de									
Código CUPS		Cantidad		Descripción					
399200		1		INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD (CUPS - 399201)					
Observación		FS 2025-03-05							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22867985				Fecha		2025-03-06	
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:						772		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				
nsemabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)					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				
Lineas de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				



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	050010608601	Telefono 1	6044447192		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2			
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
BERRIO		DIAZ		LUZ	HELENA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	32307203		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual		CL 53 N 55 99		Teléfono	6044521947
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	BELLO		
Teléfono celular	3023301535	Correo electrónico	diseconti@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugia Vascular (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	839 - Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamacion	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890240	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
Observación	FS 2025-03-05				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22867985		Fecha	2025-03-06	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:			772	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		
nsemabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)			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		



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		050010608601			Telefono 1		6044447192			
Correo		agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2					
Dirección										
Calle 92EE # 67 - 61										
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE										
BERRIO		DIAZ			LUZ		HELENA			
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación			32307203		Fecha de nacimiento	
									1951-10-24	
Dirección de Residencia Habitual		CL 53 N 55 99					Teléfono		6044521947	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		BELLO			
Teléfono celular		3023301535		Correo electrónico		disecont@gmail.com				
SERVICIOS AUTORIZADOS										
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama		
Servicio		Cirugia Vascular (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		839 - Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamacion			
Manejo integral según Guía de										
Código CUPS		Cantidad		Descripción						
388904		1		LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA						
Observación		FS 2025-03-05								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22867985			Fecha		2025-03-06		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:						772		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					
nsemabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)					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					



Clinica mar

ESE Hospital La María



FECHA: 2025-03-18

HORA: 06:39

CODIGO



Tipo Documento

Número d

NI

8909

no 1

6044447192

no 2

9:10 a. m. ✓
MEDELLÍN

Para ese procedimiento debe de ir a la calle 92 EE # 67- 61 Barrio Castilla, Hospital la maria, Medellín, Antioquia, Colombia, o enviar los documentos al correo tramitecirugia@lamaria.gov.co

10:21 a. m.

¡Muchas gracias por comunicarse al Hospital La Maria, que tenga un excelente día!

10:21 a. m.

El chat ha sido finalizado por el agente

10:21 a. m.

26 de marzo de 2025

Buenos días

9:36 a. m.



¡Hola! 🙌

te damos la bienvenida a



Mensaje



Bandeja de entrada



postmaster@outlook.com

Ayer

Para tramitecirugia@lamaria.gov.co



SOLICITUD DE CITA PARA LA R...

EML - 754 KB

[SJ1PEPF00001CE3.mail.protection.outlook.com](#) rechazó tus mensajes a las siguientes direcciones de correo:

tramitecirugia@lamaria.gov.co

[\(tramitecirugia@lamaria.gov.co\)](mailto:(tramitecirugia@lamaria.gov.co))

El dominio del destinatario ha rechazado su mensaje. Esto se debe a que la dirección de correo electrónico del destinatario no está incluida en el directorio del dominio. Puede que no esté bien escrita o que no exista. Siga las indicaciones siguientes que sean necesarias para intentar solucionar el problema:

1. Vuelva a enviar el mensaje: elimine y

↪ ∨ Opciones de respuesta

Bandeja de entrada



postmaster@outlook.com

Ayer

Para tramitecirugia@lamaria.gov.co



SOLICITUD DE CITA PARA LA R...

EML - 754 KB

[SJ1PEPF00001CE3.mail.protection.outlook.com](#) rechazó tus mensajes a las siguientes direcciones de correo:

tramitecirugia@lamaria.gov.co

[\(tramitecirugia@lamaria.gov.co\)](mailto:(tramitecirugia@lamaria.gov.co))

El dominio del destinatario ha rechazado su mensaje. Esto se debe a que la dirección de correo electrónico del destinatario no está incluida en el directorio del dominio. Puede que no esté bien escrita o que no exista. Siga las indicaciones siguientes que sean necesarias para intentar solucionar el problema:

1. Vuelva a enviar el mensaje: elimine y

← 6044447192

6044447192



REGISTRO DE LLAMADAS

ELIMINAR

11:21 a. m.

5 s

☎ 6044447192

11:20 a. m.

15 s

☎ 6044447192

11:10 a. m.

9 min 57 s

☎ 6044447192

10:53 a. m.

16 min 47 s

☎ 6044447192

8:22 a. m.

16 s

☎ 6044447192

8:18 a. m.

31 s

☎ 6044447192

8:17 a. m.

33 s

☎ 6044447192

8:16 a. m.

19 s

☎ 6044447192



Crear contacto nuevo



Guardar en existente



Más opciones

← 6044447192

6044447192 18 s

25 mar., 7:33 a. m. Saliente
6044447192

25 mar., 7:33 a. m. Saliente
6044447192

25 mar., 7:27 a. m. 1 min 18 s
6044447192

25 mar., 7:26 a. m. 35 s
6044447192

21 mar., 2:18 p. m. 37 min 6 s
6044447192

21 mar., 2:18 p. m. 19 s
6044447192

21 mar., 2:17 p. m. 37 s
6044447192

21 mar., 2:17 p. m. Saliente
6044447192

21 mar., 2:17 p. m. Saliente
6044447192

21 mar., 2:17 p. m.



Crear contacto nuevo



Guardar en existente



Más opciones

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
32307203

NUMERO

BERRIO DIAZ

APELLIDOS

LIZ HELENA

NOMBRES

Liz H. Berrio-Diaz

FIRMA





IMPRESION DEDOS

FECHA DE NACIMIENTO
COPACABANA
(ANTIOQUIA)

24-OCT-1951

LUGAR DE NACIMIENTO
1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

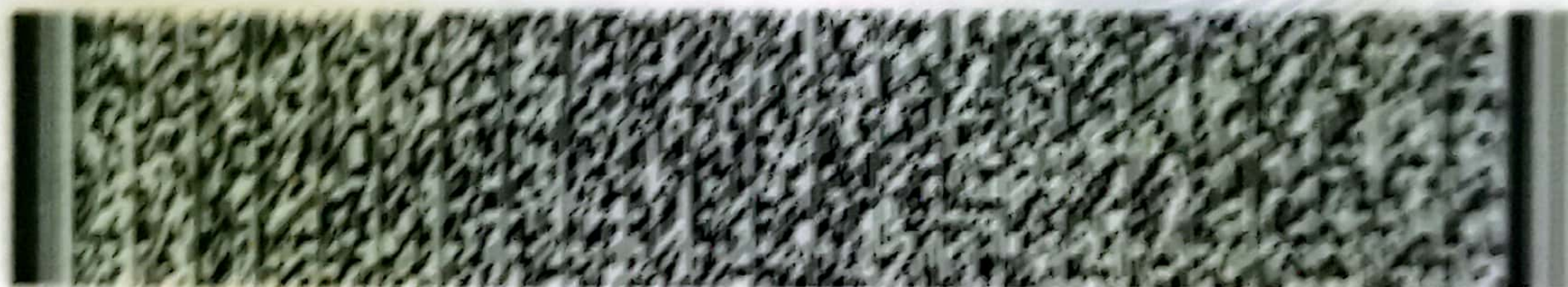
F

SEXO

29-NOV-1973 BELLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRO NACIONAL
VIA DERECHOS ESTADOS



A-010485-1424567-4-110201210-2111010

0523801202A 02 08070202