

Medellín, 5 de julio de 2023

SEÑORES

HOSPITAL LA MARIA

**EMPRESA PROMOTORA DE SERVICIOS DE SALUD
MEDELLÍN**

Asunto: Derecho de Petición.- Solicitud de realización del procedimiento reemplazo protésico total primario tricompartmental complejo de rodilla (artrosis secundaria) en el Hospital la María.

ROSMIRA GAVIRIA DE MORENO, identificada con la cédula de ciudadanía numero 42.997.938 expedida en Medellín Ant. mayor de edad, residente y domiciliada en la ciudad de Medellín por medio del presente escrito, invocando el Derecho de Petición consagrado en el Artículo 23 de la Carta Política y Artículos 5 y ss. Del Código Contencioso Administrativo, solicito respetuosamente se realice el procedimiento 'reemplazo protésico total primario tricompartmental complejo de rodilla' (artrosis secundaria) que me fue ordenada y autorizada en la ciudad de Medellín por la IPS SAVIA SALUD y, la práctica de todos los procedimientos, exámenes y consultas especializadas posteriores si a ello hubiere lugar, en el hospital La María. Es importante manifestar que conozco que así como tengo deberes como usuario del Sistema de Seguridad Social en Salud, también conozco los derechos que poseo.

Lo anterior soportado en la ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social en Colombia, Ley 1122 de 2007 – artículos 16 y artículo 23; Ley 1438 de 2011 –artículos 53 y 121; artículo 10 Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994; Decreto 1616 de 1995, entre otros.

Por lo anteriormente expuesto solicito se dé trámite a la solicitud antes enunciada, por cuanto reitero es un derecho que me asiste. Agradezco de antemano su atención, en espera de una respuesta positiva.

Atentamente,

ROSMIRA GAVIRIA DE MORENO

CC: 42.997.938 EXPEDIDA EN MEDELLÍN ANT.

ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 20952558	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-12-22 HORA: 10:43	
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
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			
GAVIRIA	DE MORENO	ROSMIRA	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	42997938
Fecha de nacimiento	1956-12-27		
Dirección de Residencia Habitual	CL 70 28 64 IN 106		
Teléfono	6042924625		
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN
Teléfono celular	3197172605	Correo electrónico	canana1106@hotmail.com
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			Cama
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)	Diagnostico Principal:	M199 - Artrosis no especificada
Manejo Integral según Guía de			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
815405	1	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA)	
Observación	Aprobado as 29/09/2022		
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	16499501	Fecha	2022-12-21
Hora	14:32		
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:		451	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	
rmarquer (NATALIA MARQUEZ RIVILLAS)		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	

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

Pág. 1 de 3

ROSAMIRA GAVIRIA DE MORENO

65 Años / 9 Meses / 2 Días Sexo Femenino

27/12/1956 Dirección CALLE 70 28-64 INT 106

Area CONSULTA EXTERNA

Ingreso 541887

DOCUMENTO / HISTORIA

42997938

Estado Civil Soltero

Teléfono 3046388954-3123569127

Fecha Ingreso 29/09/2022 5:06:33 p. m.

US DE AFILIACIÓN

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA Regimen Subsidiado

Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2022

SALUD EPS

Teléfono

Parentesco

Nombre Acudiente

Nombre Acompañante

FOLIO N° 2

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

29 de septiembre de 2022

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLAS, EVALUADA POR DR GARICANO, EL CUAL SOLICITA P. DE ORINA, UROCULTIVO Y ECO DE VIAS, TRAE RESULTADO DE ORINA: BACT CANTIDAD ABUNDANTE.

11-08-22 ARTROSIS DE RODILLA DERECHA SEVERA CON PINZAMIENTO MEDIAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos:

Torax/Cardio/Pulmonar:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

EXAMEN FÍSICO

Signos Vitales

TA: / mm Hg TAM: mm Hg FC: x min FR: x min Dolor No Temperatura: 00 °C

Glucometría ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perifusión < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta

Peso Taila IMC: PVC: mmHg

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

CADERA DERECHA CON AMA COMPLETOS, RODILLA DERECHA CON AMA 10-90 GRADOS

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANÁLISIS: PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA DERECHA SE PROGRAMA PARA PTR CON INSERTO PS.

PREQX,
SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS,

FORMULA,

CITA ANESTESIA,

PEDIR CITA MEDICO GENERAL PARA DAR RESULTADOS DE UROCULTIVO

CAMINADOR EN ALUMINO

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO:

PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA DERECHA SE PROGRAMA PARA PTR CON INSERTO PS.

PREQX,
SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS,

FORMULA,

CITA ANESTESIA,

PEDIR CITA MEDICO GENERAL PARA DAR RESULTADOS DE UROCULTIVO

CAMINADOR EN ALUMINO

COD NOMBRE

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

OBSERVACIONES

PRINCIPAL

TIPO

M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA

☒

Presuntivo

CANTIDAD

PLAN DE TRATAMIENTO

NOMBRE

OBSERVACION

Nombre reporte: HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 29/09/2022 17:40

Usuario: 71335606

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

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD: 2 2 0 9 2 9 7 6 7 3 FECHA: 2 0 2 1 / 0 9 / 1 9
HORA: 1 7 : 3 9
DEL PRESTADOR: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
NIT: 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

Entidad a la que se le informa (pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS Codigo: FPSS40
DATOS DEL PACIENTE
1er Apellido: GAVIRIA 2do Apellido: DE MORENO 1er Nombre: ROSMIRA 2do Nombre:
Tipo Documento de identificacion: Numero de Documento de identificacion:
Indicativo: Telefono:
Entidad a la que se le informa (pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS Codigo: FPSS40

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion 4 2 9 9 7 9 3 8
☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin identificacion Fecha de nacimiento: 1 9 5 6 / 1 2 / 2 7
Direccion de Residencia Habitual: CALLE 70 28-64 INT 106 Telefono: 3 0 4 6 3 8 8 9 5 4
Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1
Telefono Celular: 3 0 4 6 3 8 8 9 5 4 Correo Electronico:
Cobertura en salud ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidado 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: CONSULTA EXTERNA Consulta Externa: Cama:
Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 5 1 0 0	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOLO <i>memo</i>
8 1 5 4 0 5	1	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TROCARTERIAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA) <i>de</i>
8 9 0 2 2 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA <i>Incluida en ex</i>
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA) HEMATOCRITO RECUENTO DE ERIOTROCITOS INDICES ERIOTROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS <i>memo</i>
9 0 3 8 5 6	1	NITRÓGENO UREICO <i>> mehosalud</i>
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUELO U OTROS FLUIDOS <i>de</i>
9 0 2 0 4 5	1	TIEMPO DE PROTROMBINA (TPT) <i>de</i>
9 0 2 0 4 9	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP) <i>de</i>
9 0 3 8 4 1	1	GLUCOSA EN SUELO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA <i>mehosalud</i>

Justificación Clínica: PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA DERECHA SE PROGRAMA PARA PIR CON INSERTO PS. PREQX SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS, FORMULA, CITA ANESTESIA, PEDIR CITA MEDICO GENERAL PARA DAR RESULTADOS DE UROCULTIVO CAMINADOR EN ALUMINO

Impresion Diagnostica CIE10 Descripción
Dx Principal M 1 9 9 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
Dx relacionado1
Dx relacionado2
Dx relacionado3
Dx relacionado4
Dx relacionado5
Dx relacionado6
Dx relacionado7
Dx relacionado8
Dx relacionado9
Dx relacionado10
Dx relacionado11
Dx relacionado12
Dx relacionado13
Dx relacionado14
Dx relacionado15
Dx relacionado16
Dx relacionado17
Dx relacionado18
Dx relacionado19
Dx relacionado20
Dx relacionado21
Dx relacionado22
Dx relacionado23
Dx relacionado24
Dx relacionado25
Dx relacionado26
Dx relacionado27
Dx relacionado28
Dx relacionado29
Dx relacionado30
Dx relacionado31
Dx relacionado32
Dx relacionado33
Dx relacionado34
Dx relacionado35
Dx relacionado36
Dx relacionado37
Dx relacionado38
Dx relacionado39
Dx relacionado40
Dx relacionado41
Dx relacionado42
Dx relacionado43
Dx relacionado44
Dx relacionado45
Dx relacionado46
Dx relacionado47
Dx relacionado48
Dx relacionado49
Dx relacionado50
Dx relacionado51
Dx relacionado52
Dx relacionado53
Dx relacionado54
Dx relacionado55
Dx relacionado56
Dx relacionado57
Dx relacionado58
Dx relacionado59
Dx relacionado60
Dx relacionado61
Dx relacionado62
Dx relacionado63
Dx relacionado64
Dx relacionado65
Dx relacionado66
Dx relacionado67
Dx relacionado68
Dx relacionado69
Dx relacionado70
Dx relacionado71
Dx relacionado72
Dx relacionado73
Dx relacionado74
Dx relacionado75
Dx relacionado76
Dx relacionado77
Dx relacionado78
Dx relacionado79
Dx relacionado80
Dx relacionado81
Dx relacionado82
Dx relacionado83
Dx relacionado84
Dx relacionado85
Dx relacionado86
Dx relacionado87
Dx relacionado88
Dx relacionado89
Dx relacionado90
Dx relacionado91
Dx relacionado92
Dx relacionado93
Dx relacionado94
Dx relacionado95
Dx relacionado96
Dx relacionado97
Dx relacionado98
Dx relacionado99
Dx relacionado100

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA
Nombre de que solicita: PARDO ALUMA EDGAR ENRIQUE Telefono:
Cargo Actividad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Indicativo: Numero: Extension:
Celular:
Telefono: 4447192

TRÁMITE INTERNO
FECHA: 20/09/2021
Firma: *Aluma Pardo*
Firma: *Manuel*

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

REPUBLICA DE
COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.997.938

GAVIRIA De MORENO

APELLIDOS

ROSMIRA

NOMBRES

Rosmíra Gaviria de Moreno

FIRMA

REPUBLICA DE
COLOMBIA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

27-DIC-1956

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

A-

G.S. RH

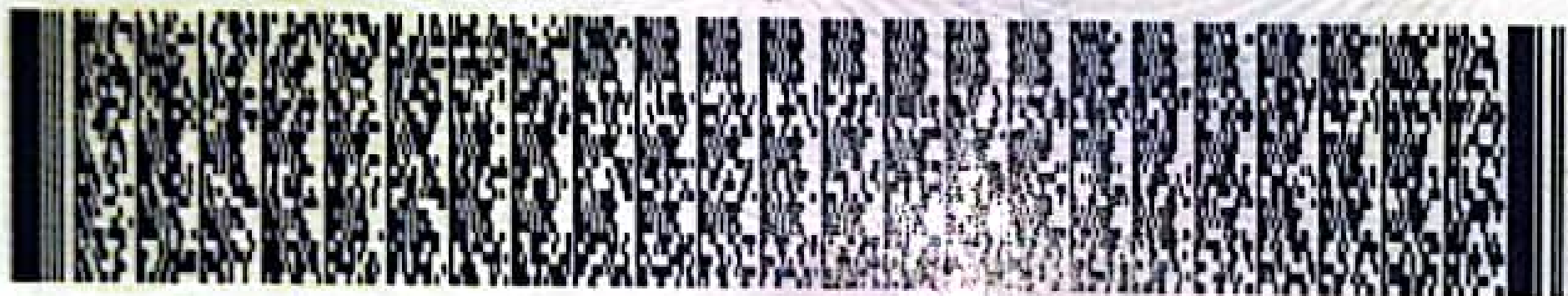
F

SEXO

20-ENE-1979 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0112100-00026003-F-0042997938-20080718

1001204830A 1

2310008102