



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 20540316

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2023-02-13

HORA: 09:14

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	Telefono 1	3103831769		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6045906901		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
CARDONA	RODRIGUEZ	EMPERATRIZ	DEL SOCORRO		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43034904	Fecha de nacimiento	1961-12-24
Dirección de Residencia Habitual		CL 106 81 69 IN 102		Teléfono	6042676621
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
Telefono celular	3005456094	Correo electrónico	Arangosaray2@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M750 - Capsulitis adhesiva del hombro	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	ok				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	16847084	Fecha	2023-02-10	Hora	13:17
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:				494	Reclamo de tiquete, 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		
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		

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD
NOMBRE DEL PRESTADOR

2 3 0 1 3 1 7 9 6 1

FECHA: 2 0 2 3 / 0 1 / 3 1
HORA: 1 0 : 3 4

Registron con valor por la vida desde 1823

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										
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
CARDONA	RODRIGUEZ	EMPERATRIZ	DEL SOCORRO

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadania	☐ Menor sin identificacion	4 3 0 3 4 9 0 4
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identificacio	Fecha de nacimiento:	2 4 / 1 2 / 1 9 6 1
Direccion de Residencia Habitual: CALLE 106 N 81 57 DOCE DE OCTUBRE				Telefono: 3 2 3 3 3 9 0 7 3 3
Departamento:	ANTIOQUIA	0 5	Municipio:	MEDELLIN
Telefono Celular:	3 2 3 3 3 9 0 7 3 3	Correo Electronico	SINCONEC@SIDOMINIO.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	☐ Evento Catastrofico
☐ Enfermedad Profesional	☐ Accidente de Transito	☐ Posterior a la atencion de Urgencias
	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias
☐ Hospitalizacion	Servicio CONSULTA EXTERNA
Manejo Integral segun Guia de:	Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
9 3 1 0 0 1	1 5	TERAPIA FISICA INTEGRAL
8 9 0 3 8 0	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA



Justificación Clínica: Paciente 61 años, antecedente de fractura de humero proximal derecho hace 6 meses, se dio manejo ortopedico con adecuada consolidacion de la fractura. Ahora con hombro congelado postraumatico. Ya evaluada por clinica del dolor, tiene pendiente bloqueo del hombro y RMN. Ordeno fisioterapia No 15 sesiones, cita de revision en 6 semanas.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripción
Dx Principal	M 7 5 0	CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	CORREA BERNAL JUAN DAVID	Telefono										
Cargo Actividad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	Numero		Extension							
		Celular										
		Telefono:	4447192									

CORREA BERNAL JUAN DAVID

