



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
LA MARÍA
MEDELLÍN

SAUIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Solicitud de autorización de servicios de salud

Anexo Técnico 3

Número de Solicitud:		Fecha: 11/07/23		Hora:	
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)					
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL LA MARÍA"		NIT	X	890.905.177-9	
Código: 0500106086 01		Dirección Prestador: Calle 92 EE # 67 - 61		C.C.	Número
Teléfono	4	2677511	Departamento	05	Municipio
indicativo	Número	ANTIOQUIA	05	MEDELLÍN	001
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)					CÓDIGO
DATOS DEL PACIENTE					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
Resprepo		Ramírez		Patricia del Socorro	
Tipo Documento de Identificación		Registro: Civil		Pasaporte	
		Tarjeta de Identidad		Adulto sin Identificación	
		Cédula de Ciudadanía		Menor sin Identificación	
		Cédula de Extranjería			
Dirección de Residencia Habitual:					Teléfono:
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:			
COBERTURA EN SALUD					
Régimen Contributivo		Régimen Subsidiado - Parcial		Población pobre No asegurada sin SISBEN	
Régimen Subsidiado - Total		Población pobre No asegurada con SISBEN		Desplazado	
				Plan adicional de Salud	
				Otro	
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS					
Origen de la Atención			Tipo de Servicio Solicitados		Prioridad de la Atención
Enfermedad General			Accidente de Trabajo		Posterior a la atención inicial de urgencias
Enfermedad Profesional			Evento Catastrófico		Prioritaria
			Accidente de Tránsito		No Prioritaria
			Servicios Electivos		
Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización					
Consulta Externa		Hospitalización		Servicio:	
Urgencias				Cama:	
Manejo integral según Guía de:					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
1 290300	01	Consulta control de ortopedia			
2 873422	01	Rx Rodillas con paraflex			
3 873422	01	Rx Rodillas con paraflex			
4 873443	02	Rx lateral de rodillas			
5					
6					
7					
Justificación Clínica:					
Rx de Rodillas con fluoroscopia					
Impresión Diagnóstica					
Diagnóstico Principal		Código CIE 10		Descripción	
Diagnóstico Relacionado 1					
Diagnóstico Relacionado 2					
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA					
Nombre de quien solicita:		Código		Descripción	
Cargo o Actividad:		Indicativo		Número	
Registro:		Teléfono:		Teléfono Celular:	
16611					

MPS-SAS V5.0 2008-07-11
EX-SIS 412A

