



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: 2025052329577344 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29577344
FECHA Y HORA : 2025-05-23-12:26

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	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

OLARTE		RUIZ		BEATRIZ		MARIA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento de Identificación		CC	Número documento de identificación		43517031		Fecha de nacimiento	1967-06-24
Dirección de Residencia Habitual		CL 95 35 12					Teléfono	6044958729
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN			
Teléfono celular	3117299316		Correo electrónico	Camilalondono760@gmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:							Cama	
Servicio Cirugía General (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		K439 - Otras hernias ventrales y las no especificadas sin obstruccion o gangrena			
Manejo integral según Guía de								
Grupo de servicios			Consulta externa					
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción						
468011	1	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA						
Observación	SOPORTES 08/04/2025							
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23223055			Fecha y hora de solicitud		2025-04-14-03:37	

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			603		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		124059.00	10.00 %
Tope máximo copagos	621164				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
myepesag (MARIA TERESA YEPES AGUDELO)		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	2025-11-19
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		



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: 2025052329577333 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29577333
FECHA Y HORA : 2025-05-23-12:26

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	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

OLARTE			RUIZ			BEATRIZ			MARIA		
1er Apellido			2do Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación			43517031			Fecha de nacimiento		1967-06-24
Dirección de Residencia Habitual		CL 95 35 12							Teléfono		6044958729
Departamento	ANTIOQUIA					Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular	3117299316		Correo electrónico		Camilalondono760@gmail.com						
Dirección alternativa								Nivel	Nivel 2		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio Cirugía General (Consulta Ext)				Diagnostico Principal		K439 - Otras hernias ventrales y las no especificadas sin obstruccion o gangrena					
Manejo integral según Guía de											
Grupo de servicios				Consulta externa							
Modalidad de la tecnología de salud			Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		OTRA			
Código CUPS		Cantidad	Descripción								
867203		1	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS								
Observación		SOPORTES 08/04/2025									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			23223055			Fecha y hora de solicitud		2025-04-14-03:37			

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			603		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		142410.00	10.00 %
Tope máximo copagos	621164				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
myepesag (MARIA TERESA YEPES AGUDELO)		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	2025-11-19
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		



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: 2025052329577336 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29577336
FECHA Y HORA : 2025-05-23-12:26

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	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

OLARTE		RUIZ		BEATRIZ		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	43517031		Fecha de nacimiento	1967-06-24
Dirección de Residencia Habitual		CL 95 35 12				Teléfono	6044958729
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3117299316		Correo electrónico	Camilalondono760@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama	
Servicio Cirugía General (Consulta Ext)					Diagnostico Principal		K439 - Otras hernias ventrales y las no especificadas sin obstruccion o gangrena				
Manejo integral según Guía de											
Grupo de servicios					Consulta externa						
Modalidad de la tecnología de salud			Intramural			Finalidad de la tecnología de salud		OTRA			
Código CUPS		Cantidad	Descripción								
545001		1	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA								
Observación		SOPORTES 08/04/2025									
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			23223055			Fecha y hora de solicitud		2025-04-14-03:37			

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			603		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		143348.00	10.00 %
Tope máximo copagos	621164				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
myepesag (MARIA TERESA YEPES AGUDELO)		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	2025-11-19
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		



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: 2025052329577347 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29577347
FECHA Y HORA : 2025-05-23-12:26

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	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

OLARTE		RUIZ		BEATRIZ		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	43517031		Fecha de nacimiento	1967-06-24
Dirección de Residencia Habitual		CL 95 35 12				Teléfono	6044958729
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3117299316		Correo electrónico	Camilalondono760@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama		
Servicio					Cirugia General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal		K439 - Otras hernias ventrales y las no especificadas sin obstruccion o gangrena			
Manejo integral según Guía de												
Grupo de servicios							Consulta externa					
Modalidad de la tecnología de salud			Intramural				Finalidad de la tecnología de salud		OTRA			
Código CUPS		Cantidad	Descripción									
547401		1	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA									
Observación		SOPORTES 08/04/2025										
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN			23223055				Fecha y hora de solicitud		2025-04-14-03:37			

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			603		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		134288.00	10.00 %
Tope máximo copagos	621164				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
myepesag (MARIA TERESA YEPES AGUDELO)		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	2025-11-19
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 5 0 4 0 8 0 3 8 8

FECHA:

2 0 2 5 / 0 4 / 0 8

2025/04/08

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

2 1 : 0 6

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT

CC

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

Numero

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

OLARTE

RUIZ

BEATRIZ

MARIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadania

☐ Menor sin identificacion

4 3 5 1 7 0 3 1

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identifiacio

Fecha de nacimiento:

2 4 / 0 6 / 1 9 6 7

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 95 #35-12

Telefono:

3 0 1 3 1 3 7 9 7 9

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono Celular:

3 0 1 3 1 3 7 9 7 9

Correo Electronico

CAMILALONDONO770@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

☒ Enfermedad General

☐ Accidente de Trabajo

☐ Evento Catastrofico

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

URGENCIAS

Urgencias

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad
5 4 7 4 0 1	1
4 6 8 0 1 1	1
5 4 5 0 0 1	1
8 6 7 2 0 3	1
8 9 0 3 3 5	1
8 9 0 2 2 6	1

EVENTRORRAFIA CON COLOCACIÓN DE MALLA

REDUCCIÓN INTESITINAL SIN RESECCIÓN INTESITINAL VÍA ABIERTA

LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA

COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Descripción

Falta
historia
clínica

Justificación Clínica: Paciente con hernia ventral sintomatica, no complicada, en plan de eventrorrafia ambulatoria en EPS. TAC de abdomen descarta obstruccion intestinal o signos de sufrimiento de asa en contenido hemiarrio, al examen fisico son hernia reductible. Se considera puede continuar seguimiento ambulatorio, se da salida con ordenes para programacion de cirugia ambulatoria prioritaria. Se explica a paciente, se resuelven dudas.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

K 4 3 9

HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita DAZA FERNANDEZ MARIA LAURA

Telefono

Cargo Actividad CIRUGIA GENERAL

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

Maria Laura Daza F

DAZA FERNANDEZ MARIA
LAURA

Nombre : BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ
Edad : 57 Años / 9 Meses / 14 Días
Dirección : CALLE 95 #35-12
Procedencia : MEDELLIN (ANTIOQUIA)
Entidad : SAS2024 * APLIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS
Cama : **Regimen :** Subsidiado
Ingreso : 1468072

Documento / Historia : 43517031
Sexo : Femenino
Teléfono : 3013137979-327832422
Fecha Ingreso : 08/04/25 05:17 p. m.

Servicio de Egreso: Ninguna **Fecha Egreso:** 8/04/2025 9:06:48 p. m. **Estado Paciente:** VIVO

Subjetivo :

RESPUESTA A INTERCONSULTA
 BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ 57 AÑOS, AMA DE CASA, VIV EN MANRIQUE

EA: Paciente con antecedentes quirúrgicos de herniorrafia inguinal izquierda, herniorrafia umbilical, colecistectomía y reconstrucción via biliar en 2024. Desde hace un mes empieza a notar masa en región abdominal adyacente a incisión quirúrgica, tiene ecografía de tejidos blandos del 19/02/2025 con reporte de hernia mesogástrica, en ese momento sin compromiso de estructuras vasculares. Tuvo evaluación por cirugía general de forma ambulatoria el pasado viernes, quien indica tac de abdomen simple y nueva valoración por especialidad. Hoy decide consultar a urgencias por aumento del dolor abdominal, cambios en la coloración de la hernia, náuseas, deposiciones disminuidas pero flatos presentes.

Antecedentes:

Patológicos: HTA
 Quirúrgicos: Colecistectomía y reconstrucción via biliar 2024, herniorrafias inguinal y umbilical.
 Alegicos: Morfina

Objetivo :

Examen físico:
 Alerta, orientada, colaboradora
 Sin dificultad respiratoria
 Abdomen distendido, duro, doloroso a la palpación superficial con defensa abdominal, se observa gran saco herniario en región ventral al lado de incisión céntrica de herniorrafia umbilical previa, con hiperemia, calor, cambios en coloración, reduce
 Sin déficit motor ni sensitivo

Respuesta :

Paciente de 57 años, con antecedentes quirúrgicos descritos. Desde hace 1 mes con hernia ventral, ahora ingresa por aumento del dolor abdominal intenso, cambios en la coloración de saco herniario, reductible y no irritada, no impresiona obstrucción intestinal asociada: deposiciones normales, no paro de flat NO INDICACION DE CIRUGIA URGENTE Considero paciente con hernia ventral reductible, sin signos de estrangulamiento o sufrimiento de asa. pero sintomatica se determina observacion, dieta a tolerancia , , Por ahora se indica TAC de abdomen simple, analgesia y paraclínicos, se explica manejo y conducta

Diagnóstico : K439 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Tratamiento :

Plan
 hospitalizar
 riada via oral
 Analgesia
 Paraclínicos
 Tac de abdomen simple

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

K421 HERNIA UMBILICAL CON GANGRENA
 K439 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

CONDICIONES SALIDA:

INDICACION PACIENTE:

SERVICIOS

Codigo	Fecha resultado	Nombre
468011S		REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA
Resultado	Análisis	
545001S		LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA
Resultado	Análisis	
547401S		EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA
Resultado	Análisis	
867203I		COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS
Resultado	Análisis	
879420		TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

E.S.E HOSPITAL LA MARIA

EPICRISIS N°94699

Nombre : BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ

Edad : 57 Años / 9 Meses / 14 Días

Dirección : CALLE 95 #35-12

Procedencia : MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Entidad : SAS2024 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Cama : Regimen : Subsidiado

Ingreso :1468072

Documento / Historia :43517031

Sexo : Femenino

Teléfono : 3013137979-327832422

Fecha Ingreso :08/04/25 05:17 p. m.

Estrato : SUBSIDIADO NIVEL 2 2025

Servicio de Egreso: Ninguna

Fecha Egreso: 8/04/2025 9:06:48 p. m.

Estado Paciente: VIVO

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

ESTADO DEL INGRESO:

Estado IngresoRegulares condiciones generales, alerta, orientado en las tres esferas, sin signos de dificultad respiratoria.

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA

" Tiene dolor"

ENFERMEDAD ACTUAL:

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con ap CPRE y reconstrucción de vía biliar en 2024, ahora ingresa por hernia incisional de 3 meses de evolución, sin embargo, refiere desde el día de ayer con dolor intenso, cambios en la coloración y nauseas. Niega fiebre, niega cambios en las deposiciones. AL eF hemodinamicamente estable, muy algica, abdomen distendido, con gran saco herniario muy doloroso a la palpación, reduce, con cambios en la coloración, no irritación peritoneal, resto normal. Se ingresa, se indica analgesia y valoración por cirugía general para definir manejo. Se explica, entiende y acepta.

REVISION POR SISTEMAS

Revisión por SistemasPaciente con ap CPRE y reconstrucción de vía biliar en 2024, ahora ingresa por hernia incisional de 3 meses de evolución, sin embargo, refiere desde el día de ayer con dolor intenso, cambios en la coloración y nauseas. Niega fiebre, niega cambios en las deposiciones. AL eF hemodinamicamente estable, muy algica, abdomen distendido, con gran saco herniario muy doloroso a la palpación, reduce, con cambios en la coloración, no irritación peritoneal, resto normal. Se ingresa, se indica analgesia y valoración por cirugía general para definir manejo. Se explica, entiende y acepta.

ANTECEDENTES:

Tipo:Médicos Fecha: 17/04/2024 01:42 p.m.Detalle: APAT HTA QX UTERO, HERNIAS FRACTURA TOBILLO FUMANO ALERGICA A DROGASTipo:Farmacológicos Fecha: 08/04/2025 05:49 p. m.Detalle: Losartan 50 mg vo cada 12 H Amlodipino 5 mg vo cada 12 h Tipo:Alérgicos Fecha: 08/04/2025 05:49 p. m.Detalle: Morfina (intolerancia)Tipo:Médicos Fecha: 08/04/2025 05:49 p. m.Detalle: APAT HTA QX UTERO, HERNIAS FRACTURA TOBILLO FUMANO ALERGICA A DROGASTipo:Quirúrgicos Fecha: 08/04/2025 05:49 p. m.Detalle: Hernia inguinal y OS de tobillo

EXAMEN FISICO:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO/RELACIONADOS

K439 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTA

JUSTIFICACION:

Plan TerapeuticoUrgencias observacion Analgesia SS/ paraclínicos SS/ valoración por cirugía generalCSV cada 6 hAvisar cambios Gracias

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

RESULTADO DE EXAMEN:

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO
08/04/2025 21:05	1018434785 - DAZA FERNANDEZ MARIA LAURA

CIRUGIA GENERAL

EvolucionCIRUGIA GENERALPaciente femenina de 57 años con diagnosticos de:1. Hernia ventral sintomática2. Antecedente de colecistectomía + exploración de vía biliar + hepatectomía izquierda + hepaticoyeyunostomía por cirrosis biliar en junio/2024 Clínica Leon XIII/ Paciente refiere sentirse bien, dolor controlado, sin episodios eméticos. Refiere estuvo en consulta con cirugía general hace 4 días en HMUA en plan de programación de eventrorrafía con malla.AnálisisPaciente con hernia ventral sintomática, no complicada, en plan de eventrorrafía ambulatoria en EPS. TAC de abdomen descarta obstrucción intestinal o signos de sufrimiento de asa en contenido herniario, al examen físico son hernia reductible. Se considera puede continuar seguimiento ambulatorio, se da salida con ordenes para programación de cirugía ambulatoria prioritaria.Se explica a paciente, se resuelven dudas.Reporte de Ayudas Diagnósticas y LaboratorioSe revisan imágenes de tc de abdomen simple observando neumobilia esperada por antecedente quirúrgico con clips metálicos en lecho, eventración con contenido de asas intestinales sin distensión de asas, sin engrosamiento de las paredes ni neumatosis intestinal, sin líquido libre en cavidad peritoneal ni en saco herniario. Pendiente reporte oficialPlan Terapeuticosalida con ordenes para programación de cirugía ambulatoria prioritaria.

RESPUESTA INTERCONSULTAS

HC EVOLUCION DE URGENCIAS

FORMULA MEDICA

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ

Edad Actual 57 Años / 9 Meses / 14 Días

Dirección CALLE 95 #35-12

Procedencia MEDELLIN

Identificación 43517031

Sexo Femenino

Teléfono 3013137979-327832422

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 1468072

Fecha 08/04/2025 17:17

Cama

Entidad Responsable SAS2024 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD-EPS

Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 2 2025

Enfermedad_general

Acudiente CAMILA LONDOÑO

Parentesco HIJA

Dirección MANRIQUE ORIENTAL

Telefono 3013137979

Folio N° 14

Fecha Folio 08/04/2025 21:05

Folio Asociado

Causa externa Enfermedad_general

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

K439 - HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

MEDICAMENTOS POS

☐ **DE CONTROL**

Medicamento: N02002

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA

Horas : -

Días : 5

Concentración: 500 MG

Vía Administración: Oral

Cantidad: 40

Indicación : tomar 2 tabletas cada 6 horas, si tiene dolor

Total Items:

1

Maria Laura Daza F

DAZA FERNANDEZ MARIA LAURA

1018434785

CIRUGIA GENERAL

INDICACIÓN DE SALIDA

HC EVOLUCION DE URGENCIAS

Nº Historia Clínica: 43517031

Nº Folio: 14 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ

Identificación: 43517031 Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 24/junio/1967 Edad Actual: 57 Años / 9 Meses / 14 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 95 #35-12

Teléfono: 3013137979-327832422

Procedencia: MEDELLIN

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

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

Plan Beneficios: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2 2025 EPS

DATOS DEL INGRESO

Responsable: CAMILA LONDOÑO

Teléfono Resp: 3013137979

Dirección Resp: MANRIQUE ORIENTAL

Nº Ingreso: 1468072 Fecha: 8/04/2025 5:17:42 p. m.

Finalidad Consulta: Diagnostico

Causa Externa: Enfermedad_general

INDICACIÓN DE SALIDA

Dieta: normal

Recomendaciones: si presenta dolor abdominal intenso que no mejora con medicamento en casa, vomita todo lo que come, la hernia se sale y no se devuelve otra vez consultar a urgencias

Actividad Física: no levantar objetos pesados (mas de 3kg)

PROXIMO CONTROL

Pedir Cita en: 15

Con: cirugía general

Sitio: eps

Entrega Imágenes Diagnósticas: ☐

Consulta Externa: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

Teléfono:

INCAPACIDAD MÉDICA

N°35376

INFORMACIÓN GENERAL					
Fecha Documento:	08/abril/2025 09:05 p. m.				
Médico:	1018434785	MARIA LAURA DAZA FERNANDEZ			
Información Paciente:	BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ		Tipo Paciente:	Subsidiado	Sexo: Femenino
Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía	Número: 43517031	Edad: 57 Años / 9 Meses / 14 Días	F. Nacimiento: 24/06/1967	
Entidad:	EPSS40	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS			
Causa:	Enfermedad_general	Tipo Incapacidad:	Ninguna	Clase	Inicial

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 3 Fecha Inicial: 08/abril/2025 Fecha Final: 10/abril/2025

Descripción

Diagnóstico

K439 - HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Maria Laura Daza F

DAZA FERNANDEZ MARIA LAURA
1018434785
CIRUGIA GENERAL

E.S.E HOSPITAL LA MARIA

EPICRISIS N°94699

Nombre : BEATRIZ MARIA OLARTE RUIZ **Documento / Historia :** 43517031
Edad : 57 Años / 9 Meses / 14 Días **Sexo :** Femenino
Dirección : CALLE 95 #35-12 **Teléfono :** 3013137979-327832422
Procedencia : MEDELLIN (ANTIOQUIA) **Fecha Ingreso :** 08/04/25 05:17 p. m.
Entidad : SAS2024 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS
Cama : **Regimen :** Subsidiado **Estrato :** SUBSIDIADO NIVEL 2 2025
Ingreso : 1468072

Servicio de Egreso:		Ninguna	Fecha Egreso:	8/04/2025 9:06:48 p. m.	Estado Paciente:	VIVO
Resultado			Análisis			
Codigo	890226	Fecha resultado	Nombre	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA		
Resultado			Análisis			
Codigo	890335	Fecha resultado	Nombre	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		
Resultado			Análisis			
Codigo	902045	Fecha resultado	Nombre	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		
Resultado			Análisis			
Codigo	902049	Fecha resultado	Nombre	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		
Resultado			Análisis			
Codigo	902210	Fecha resultado	Nombre	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		
Resultado			Análisis			
Codigo	903895	Fecha resultado	Nombre	CREATININA EN SUERO		
Resultado			Análisis			

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	PLAN DE MANEJO
A03007	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG /1 ML SOLUCION INYECTABLE	IntraHospitalario
A03012	METOCLOPRAMIDA 10 MG /2 ML SOLUCION INYECTABLE	IntraHospitalario
B05021	LACTATO DE RINGER 500 ML SOLUCION INYECTABLE	IntraHospitalario
M01003	DICLOFENACO SODICO 75 MG /3 ML SOLUCION INYECTABLE	IntraHospitalario
N02002	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	Externo
N02013	DIPIRONA SODICA 1 G /2 ML SOLUCION INYECTABLE	IntraHospitalario

Maria Laura Daza F.

MARIA LAURA DAZA FERNANDEZ
 Registro Médico: 1018434785
 CIRUGIA GENERAL

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10

2010-10-10

10