

Medellín, 23 de junio de 2024.

SEÑOR

HOSPITAL LA MARIA

ASUNTO: Derecho de petición solicitando información sobre la realización de examen médico autorizado de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat a nombre de HENRY LEOBARDO SEPULVEDA AGUIRRE.

HENRY LEOBARDO SEPULVEDA AGUIRRE, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio, invocando el artículo 23 de la Constitución Política, presento derecho de petición solicitando información sobre la realización de examen médico autorizado de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat, con el objeto de que se protejan los derechos constitucionales fundamentales que a continuación enuncio y los cuales se fundamentan en los siguientes hechos:

HECHOS

1. El día 06 de marzo de 2024 me presento al E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ ubicado en el municipio de Betulia, indicándoles mi sintomatología para una posterior revisión, con diagnostico MC asfixiado. (ANEXO 1)
2. Seguidamente el doctor me envía una orden para la realización de un examen de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat. (ANEXO 2) y para un ecocardiograma transtorácico (ANEXO 3).
3. El día 20 de marzo de 2024 siendo las 10:28 am, me hacen entrega de la autorización núm. 24644475 de la orden de examen de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat. (ANEXO 4).
4. El día 20 de mayo de 2024 siguiendo las indicaciones de la autorización de examen, por medio del número de teléfono 3187159640 envié todos mis datos personales. Me informaron que debía esperar que se comunicaran conmigo.

5. Para el día 13 de junio de 2024, al no recibir respuesta de parte de SAVIA SALUD o del HOSPITAL LA MARIA a mi solicitud de realizarme el examen ya autorizado, procedo a enviar un derecho de petición desde la Personería municipal de Betulia. (la copia del derecho de petición reposa en el archivo de la Personería Municipal de Betulia).
6. Hasta el día de envío de esta tutela no se ha presentado ningún presente del HOSPITAL LA MARIA para indicarme cuando realizarme el examen, ni que procedimiento se debe seguir.
7. Desde el día 21 de junio me encuentro hospitalizado en el E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ del municipio de Betulia, fui ingresado por los mismos síntomas por los que me enviaron el examen que solicito defender para mi salud, además, me encuentro esperando la remisión posiblemente para un hospital en caldas, ya que, la demora de este examen no ha permitido un diagnóstico certero.
8. El día 23 de junio de 2024 se envía copia del presente derecho de petición a la Superintendencia Nacional de Salud.

DERECHOS VULNERADOS

Estimo violado el derecho a la SALUD en conexidad con los derechos fundamentales a la VIDA e INTEGRIDAD PERSONAL, consagrados en los artículos 1, 11, 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Es de severa importancia indicar que al SAVIA SALUD y el HOSPITAL LA MARIA no realizarme el examen ya autorizado, se está violando mi derecho al diagnóstico y por consiguiente mi derecho fundamental a la salud Sentencia T-100/16 DERECHO AL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD HACE PARTE DEL DERECHO A LA SALUD.

La Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud dispone en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de dicho derecho, como uno de los elementos esenciales del Estado Social de Derecho.

Actuando en nombre propio, acudo ante su Despacho para solicitar la protección de los derechos mencionados anteriormente, considerando que el derecho a la salud es un derecho constitucional y un servicio público a cargo del Estado y en favor de todos los habitantes del territorio nacional. Sin embargo, vía jurisprudencial, se ha señalado que se puede entender como derecho fundamental cuando busca protegerse por su conexidad con un derecho fundamental.

Cuando la negación al derecho a la salud pone en riesgo el derecho fundamental a la vida, y a la vida en condiciones dignas, se configura la posibilidad de reclamar vía acción de tutela la protección de este derecho.

En conclusión, la no realización de mi examen médico para lograr un diagnóstico concreto, puede constituir un alto riesgo evidente a mi derecho fundamental a la salud, a la cual se llega por exponer mi integridad física, emocional, psicológica, de salud que puede afectar contra mi salud, mi dignidad humana, mi integridad personal y en consecuente mi vida.

Sentencia T-508/19

DERECHO AL DIAGNOSTICO-Está compuesto por tres etapas: identificación, valoración y prescripción

El derecho al diagnóstico se compone de tres dimensiones: la identificación, la valoración y la prescripción. A su vez, esta garantía tiene como finalidad la consecución material, y no solamente formal, de una efectiva evaluación acerca del estado de salud de un individuo. Es decir, el derecho al diagnóstico no se satisface solamente con la realización de exámenes y la consecuente prescripción de tratamientos, sino que implica que (i) se establezca con precisión la naturaleza de la enfermedad padecida por la persona, (ii) se determine con el “(...) máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al ‘más alto nivel posible de salud’”, y (iii) se suministre la medicación o las terapias de forma oportuna.

El hecho de que el derecho a la seguridad social se consagrará como fundamental en el país a partir del año 2015, implicó que el Estado asumiera la obligación adoptar las medidas necesarias para una prestación adecuada del servicio de salud, que permitan la materialización del mismo con el cumplimiento del más alto nivel de calidad e integralidad posible. Y que, en caso de que se encontrara de alguna

manera amenazado este derecho, el mismo podría ser protegido mediante la acción de tutela.

ANEXOS

- 1) Copia de la historia clínica del día 06 de marzo de 2024 del E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ.
- 2) Copia de la orden del examen de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat.
- 3) Copia de la orden del examen de ecocardiograma transtorácico.
- 4) Copia de autorización núm. 24644475 de la orden de examen de espirometría o curva de flujo volumen de post broncodilat del día 20 de marzo de 2024 siendo las 10:28 am.
- 5) Copia de la cedula de ciudadanía del señor HENRY LEOBARDO SEPULVEDA AGUIRRE.

NOTIFICACIONES

ACCIONANTE

HENRY LEOBARDO SEPULVEDA AGUIRRE

Correo electrónico: juridicadiancibe@gmail.com

Celular: 3216170611.

Atentamente,

HENRY LEOBARDO SEPULVEDA AGUIRRE

C.C. 71052720



E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ
Nit: 890.982.116-8

HISTORIA CLINICA DE:
AMBULATORIA

Atención: 8
Fecha: Mar.06/2024

		Fecha:		Mar.06/2024	
Nombre:	SEPULVEDA AGUIRRE HENRY LEOBARDO	Edad:	51 Años	Sexo:	MASCULINO
Teléfono:	3145436838	Estrato:	CONTRIBUTIVO-1		
Historia:	71052720	Id:	CC	71.052.720	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	11:31		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS				
ANAMNESIS					

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: "asfixiado"

Enfermedad Actual: Henry Leobaldo Sepulveda Aguirre
51 años
Residente en sector Villa Nueva-Betulia
Cotero.

MC: "asfixiado"

Paciente de 51 años de edad, extabaquista pesado, consulta porque desde hace aproximadamente 2 meses ha estado presentando disnea, dice que especialmente en lugares cerrados, dice que especialmente en las mañanas y al iniciar sus labores, dice que ha usado salbutamol automedicado lo cual en ocasiones le mejora la disnea pero en otras no, dice que en ocasiones le silva y le duele su pecho, le da tos seca en las noches principalmente, dice que usa 2 almohadas para dormir, niega edemas.

Antecedentes personales:

- Patologicos: dislipidemia
- Alergicos: niega
- Farmacologicos: niega
- Quirurgicos: niega
- Toxicologicos: Fumò 30 años y cesò hace 5 años. Fumaba unos 10 cigarrillos diarios. IPA 15
- Familiares: Padre: hipertension arterial, cardiopata.

PARACLINICOS 28/09/2023

-Hemograma: leucos: 6.5, HG:13.9%, hto: 42.3%, plaq: 270, neutros: 56.5%
-Glucosa: 105
-CT: 237, HDL: 70.0, LDL: 134.5, trigliceridos: 167.3

Revisión por Sistemas: lo referido en enfermedad actual

Antecedentes:

Personales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Familiares: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Examen Fisico:

Estado General: Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, orientado, afebril, hidratado. Normocéfalo, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda sin lesiones, Cuello móvil, no doloroso, sin masas ni adenopatías. Tórax simétrico, sin retracciones, ruidos cardíacos arítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, Peristaltismo presente. Extremidades simétricas, móviles, sin edema, pulsos distales presentes, llenado capilar menor a 2 seg.

Signos Vitales: Peso: 75.00 KG Kg, Talla: 1.68 Mts, IMC: 750000, Clasificación: Obesidad Grado III, Riegos: Muy Severo, Pulso: 65 Xm, Frecuencia Cardíaca: 65 Xm, Ritmo Cardíaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistólica: 110, P.Diastólica: 70, P.Arterial Media: 83.33, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,, CABEZA: NORMAL,, OJOS: NORMAL,, OIDOS: NORMAL,, BOCA: NORMAL,, GARGANTA: NORMAL,, CUELLO: NORMAL,, TORAX: NORMAL,, SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,, SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,, SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,, ABDOMEN: NORMAL,, SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,, TACTO RECTAL: NORMAL,, SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,, SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,, EX.GANGLIONAR: NORMAL,, EX.MENTAL: NORMAL,, OTROS: NORMAL,, NARIZ: NORMAL,

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Página: 1 de 2
Imprime: GLORIA
Fecha Sistema: 11/04/2024
Hora: 15:50:20

Médico:
RUEDA QUIROZ MARLON DAVID
Cedula: 1.048.020.338
Registro:

Firma

Marlon David RQ

**E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ**

Nit: 890.982.116-8

**HISTORIA CLINICA DE:
AMBULATORIA**

Atención:

8

Fecha:

Mar.06/2024

Nombre:	SEPULVEDA AGUIRRE HENRY LEOBARDO	Edad:	51 Años	Sexo:	MASCULINO
Teléfono:	3145436838	Estrato:	CONTRIBUTIVO-1		
Historia:	71052720	Id:	CC	71.052.720	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	11:31		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS				

Concepto Medico:

Paciente de 51 años de edad, extabaquista pesado, consulta porque desde hace aproximadamente 2 meses ha estado presentando disnea, dice que especialmente en lugares cerrados, dice que especialmente en las mañanas y al iniciar sus labores, dice que ha usado salbutamol automedicado lo cual en ocasiones le mejora la disnea pero en otras no, dice que en ocasiones le silva y le duele su pecho, le da tos seca en las noches principalmente, dice que usa 2 almohadas para dormir, niega edemas, al examen físico paciente con arritmia a la auscultación cardíaca pero sin otros hallazgos, considero por antecedentes y lo relatado podría tratarse tanto de falla cardíaca vs EPOC por lo que para esclarecer diagnóstico requiere tando de ecocardiograma transtorácico y espirometría las cuales se ordenan, en el momento no inicio manejo, se explican signos de alarma y recomendaciones, dice entender y aceptar.
Se solicita Rx para descartar alteración estructural cardíaca que apoye diagnóstico de falla cardíaca.

Diagnostico: Dx.Principal: I509-INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: J449-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: paciente, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomático o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

NO PRESENTA
NO PRESENTA

ORDEN DE LABORATORIO - W05 16845 - Mar.06/2024

1. ELECTROCARDIOGRAMA -, Cantidad:1, Obs:realizar en cualquier momento.

ORDEN DE IMAGENOLOGIA/RAYOS X - W06 4731 - Mar.06/2024

1. RADIOGRAFI DE TORAX AP Y LATERAL -, Cantidad:1, Obs:.

RECOMENDACIONES - W10 84884 - Mar.06/2024

1. RECOMENDACIONES DE ASMA: -Evite la exposición al frío y al humo. -Siempre usar inhalocámara con los inhaladores. -En caso de crisis realizar 4 puff cada 20 minutos por 3 veces, luego 4 puff cada 30 minutos por 3 veces, luego 4 puff cada 1 hora por 3 veces, luego 4 puff cada 2 horas otras 3 veces y después continúe con 4 puff cada 4 horas hasta sentirse mejor, si no mejora consultar por urgencias.
2. SIGNOS DE ALARMA: consultar por urgencias si respira rápido, tiene hundimientos en las costillas, aleteo nasal, le silba el pecho, se pone morado, le duele el pecho, se siente ahogado, lo observan en malas condiciones, no puede hablar por la dificultad respiratoria.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 25822 - Mar.06/2024

1. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO, Cantidad: 1

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 25823 - Mar.06/2024

1. ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILAT, Cantidad: 1



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TECNICO NRO 3

Resolución 003047 14 AGO 2008



Código: _____
Versión: _____
NUMERO INFORME: W93 25823
Fecha: Mar.06/2024
Hora: 11:31

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ
Código: 050930237101 Nit: 890.982.116-8
Dirección: CR 21 # 15-20 SALIDA A MEDELLIN
Teléfono: 8436085 Fax: _____
Departamento: Antioquia Código: 05
Municipio: BETULIA-ANTIOQUIA Código: 093
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS Código: EPS040

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: SEPULVEDA 2do. Apellido: AGUIRRE
1er Nombre: HENRY 2do. Nombre: LEOBARDO
Tipo de Documento: CEDULA No. Documento: 71.052.720
Fecha de Nacimiento: Feb.09/1973 Edad: 51 Años Sexo: MASCULINO
Dirección Residencia: VILLANUEVA Teléfono: 3145436838
Departamento: ANTIOQUIA Código: 05
Municipio: BETULIA Código: 93
Cobertura en Salud: CONTRIBUTIVO-1

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicios solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención: NO PRIORITARIA Servicio: MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Cama: _____
Manejo Integral Según Guía: _____

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILAT

Justificación Clínica: Paciente de 51 años de edad, extabaquista pesado, consulta porque desde hace aproximadamente 2 meses ha estado presentando disnea, dice que especialmente en lugares cerrados, dice que especialmente en las mañanas y al iniciar sus labores, dice que ha usado salbutamol automedicado lo cual en ocasiones le mejora la disnea pero en otras no, dice que en ocasiones le silva y le duele su pecho, le da tos seca en las noches principalmente, dice que usa 2 almohadas para dormir, niega edemas, al examen fisico paciente con arritmia a la auscultación cardiaca pero sin otros hallazgos, considero por antecedentes y lo relatado podría tratarse tanto de falla cardiaca vs EPOC por lo que para esclarecer diagnóstico requiere tando de ecocardiograma transtorácico y espirometria las cuales se ordenan, en el momento no inicio manejo, se explican signos de alarma y recomendaciones, dice entender y aceptar.

Diagnostico principal: INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA Código CIE10: I509
Diagnostico relacionado 1: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA Código CIE10: J449
Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA ** Código CIE10: _____

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: RUEDA QUIROZ MARLON DAVID Teléfono: 8436085
Registro Medico: _____ Teléfono Celular: _____
Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL Firma: Marlon David RQ



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TECNICO NRO 3

Resolución 003047 14 AGO 2008



Código: _____
Versión: _____
NUMERO INFORME: W93 25822
Fecha: Mar.06/2024
Hora: 11:31

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E HOSPITAL GERMAN VELEZ GUTIERREZ
Código: 050930237101 Nit: 890.982.116-8
Dirección: CR 21 # 15-20 SALIDA A MEDELLIN
Teléfono: 8436085 Fax: _____
Departamento: Antioquia Código: 05
Municipio: BETULIA-ANTIOQUIA Código: 093
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS Código: EPS040

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: SEPULVEDA 2do. Apellido: AGUIRRE
1er Nombre: HENRY 2do. Nombre: LEOBARDO
Tipo de Documento: CEDULA No. Documento: 71.052.720
Fecha de Nacimiento: Feb.09/1973 Edad: 51 Años Sexo: MASCULINO
Dirección Residencia: VILLANUEVA Teléfono: 3145436838
Departamento: ANTIOQUIA Código: 05
Municipio: BETULIA Código: 93
Cobertura en Salud: CONTRIBUTIVO-1

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Servicios solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención: NO PRIORITARIA Servicio: MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Cama: _____
Manejo Integral Según Guía: _____

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	881232	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

Justificación Clínica:

Paciente de 51 años de edad, exbachaquista pesado, consulta porque desde hace aproximadamente 2 meses ha estado presentando disnea, dice que especialmente en lugares cerrados, dice que especialmente en las mañanas y al iniciar sus labores, dice que ha usado salbutamol automedicado lo cual en ocasiones le mejora la disnea pero en otras no, dice que en ocasiones le silva y le duele su pecho, le da tos seca en las noches principalmente, dice que usa 2 almohadas para dormir, niega edemas, al examen físico paciente con arritmia a la auscultación cardíaca pero sin otros hallazgos, considero por antecedentes y lo relatado podría tratarse tanto de falla cardíaca vs EPOC por lo que para esclarecer diagnóstico requiere tanto de ecocardiograma transtorácico y espirometría las cuales se ordenan, en el momento no inicio manejo, se explican signos de alarma y recomendaciones, dice entender y aceptar.

Diagnostico principal: INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA Código CIE10: I509
Diagnostico relacionado 1: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA Código CIE10: J449
Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA ** Código CIE10: _____

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: RUEDA QUIROZ MARLON DAVID Teléfono: 8436085
Registro Medico: _____ Teléfono Celular: _____
Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL Firma: _____

Marlon David RQ

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 24644475	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-03-20	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 10:28	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	
Código		050010608601		Número de documento	
Telefono 1		3187159640		890903	
Correo		agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	
6045906901		Dirección			
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
MEDELLÍN		DATOS DEL PACIENTE			
SEPULVEDA		AGUIRRE		HENRY	
LEOBARDO		1er Apellido		2do Apellido	
2do Nombre		1er Nombre		Fecha de nacimiento	
197		Tipo Documento De identificación		CC	
Número documento de identificación		71052720		Teléfono	
60484360		Dirección de Residencia Habitual		CR 21 18 33 VILLANUEVA	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
BETULIA		Teléfono celular		3137153476	
Correo electrónico		dontcryleidy@gmail.com		SERVICIOS AUTORIZADOS	
Cama		Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:			
Servicio		Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	
509 - Insuficiencia cardiaca no especificada		Manejo integral según Guía de		Descripción	
Código CUPS		Cantidad		Espirometría o curva de flujo volumen pre y post broncodilatadores	
893805		1		Observación	
Autorizado		NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		19822840	
Fecha		2024-03-07		Hora	
1		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:		624	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago		Recaudo del prestador:			
Aplica cobro:		Cuota de		Valor en pesos	
Porcentaje %		Exento cobro		0	
0 %		INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		CARGO O ACTIVIDAD			
dchavezb (DAYNNYS YURANI CHAVEZ BARRIOS)		AUTORIZADOR SAVIASALUD			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

71052720

SEPULVEDA AGUIRRE

HENRY FORARDO

1973-02-09

Henry Sepulveda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1973**
URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-JUL-1991 BETULIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0105500-14092101-M-0071052720-20011030

0323801302A 01 100892061