

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.025.767.844**  
**RAMIREZ ACEVEDO**

APELLIDOS  
**LORENA**

NOMBRES  
**Lorena**  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2011**  
**MEDELLIN**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**16-JUL-2029**

FECHA DE VENCIMIENTO **A+** **F**  
**09-AGO-2018 GUARNE** G S RH SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN **REGISTRADOR NACIONAL**  
LINA DAZA DE GARCIA YACIA

INDICE DERECHO



P-0114200-01044947-F-1025767844-20181109 0063175059A 3 50850455

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 18,882

Fecha 2023/09/25

Hora: 16:30

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre : ESE HOSPITAL SANTA ISABEL - SAN PEDRO DE LOS MILAGRO

NIT: NI 800014405

Código: 056640448101

Dirección del prestador: CL 43 A 53A-109

Teléfono: 54 - 8688504 Departamento 05 ANTIOQUIA

Municipio: 664 SAN PEDRO DE LOS

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA

Código: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

RAMIREZ

ACEVEDO

LORENA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de documento TI

Numero de documento de identificación: 1025767844

Fecha de nacimiento: 2011/07/16

Teléfono: 3197572297

Dirección de residencia habitual: HOGAR SANTA CLARA

Departamento: 05 ANTIOQUIA

Municipio: 664 SAN PEDRO DE LOS MILAGROS

Correo electronico:

Cobertura en salud: OTRO

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: Enfermedad general

Tipo de servicios solicitados: Servicios Electivos

Prioridad de la atención : PRIORITARIA

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización : Consulta externa

Servicio

Cama:

Manejo integral segun guia de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
890284	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA <del>NO</del>
890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
890208	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA <del>NO</del>

Justificación clínica: SE CONSIDERA PACIENTE BAJO PROTECCION DEL ICBF POR VULNERACION DE SUS DERECHOS, ADICIONAL CON ANTECEDENTE DE ACOSO SEXUAL TIPO TOCAMIENTO POR LO CUAL SE REQUIERE MANEJO EN PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA, ADICIONALMENTE CON HIPERTROFIA DE CORNETES POR LO CUAL REQUIERE SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	J343	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES
Diagnostico Relacionado 1:	F913	TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE
Diagnostico Relacionado 2:		
Diagnostico Relacionado 3:		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien solicita: DEISY SUSANA GARNICA ROLON

Cargo o actividad: MEDICO

Teléfono: 54 - 8688504



19 OCT 2023



ANEXO TÉCNICO No. 4  
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 24702421  
FECHA: 2024-03-27  
HORA: 06:39

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTOIOQUIA 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	3187159640			
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6045906901			
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE						
RAMIREZ		ACEVEDO	LORENA			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		
2do Nombre						
Tipo Documento De identificación	TI	Número documento de identificación	1025767844	Fecha de nacimiento	2011-07-16	
Dirección de Residencia Habitual			CR # - CRA 51 NRO 46 18	Teléfono	6045513933	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN PEDRO			
Teléfono celular	3113221708	Correo electrónico	saludinemados@hogarsanpedro.com			
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J343 - Hipertrofia de los cornetes nasales		
Manejo integral según Guía de						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA				
Observación	FS 25-09-2023 REEMPLAZA NUA 24061960 POR CAMBIO DE IPS					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	19975198		Fecha	2024-03-26	Hora	16:07
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:			212	Reclamo de tickete, bono o vale de pago		
Recauda 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			
szabalaa (SOLANLly ZABALA AREIZA)			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			