

DERECHO DE PETICIÓN

Andes, 11 de Noviembre de 2022

Señores.

HOSPITAL LA MARIA.

Asunto.

Yo, **ESTER JANETH OLIVEROS**, identificada con cédula de ciudadanía número **21553835** expedida en Andes-Antioquia y domiciliado en vereda California de Andes Antioquia, en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, el Decreto Legislativo 491 de 2011, Ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes, por medio del presente me permito solicitar se atienda la petición que más adelante formulare, de conformidad a los siguientes.

Me dirijo a ustedes, con el propósito de solicitar cita para mi hijo para:

-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA

Dado que el día 10-11-22 he ido hasta su centro hospitalario y he tratado de comunicarme con su central telefónica sin tener éxito en la consecución de la citas, sin tener una orientación ni solución oportuna al caso, teniendo en cuenta que no cuento con los recursos económicos para ir hasta su centro de forma recurrente, ya que vivo en una vereda retirada del municipio de Andes a más de 3 horas de la ciudad de Medellín.

Dichas consultas son requeridas de forma **URGENTE**, dado a las múltiples condiciones patológicas de base, antecedentes de transposición de grandes vasos, condición médica, patologías de base y demás descritas en la historia clínica que indica que la atención es **PRIORITARIA**.

Pido por favor sea atendida mi solicitud.

Nombre del Paciente: JUAN ALEJANDRO OLIVEROS

Cc: 1013559222

Eps: Savia Salud Subsidiado.

Tel: 3213620229 - 3106946410

NOTIFICACIONES: Solo recibiré notificaciones en el correo electrónico enfermeriasuroeste4@gmail.com, celular 3213620229 - 3106946410.

Nombre del peticionario: ESTER JANETH OLIVEROS.

CC:21553835



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

NUMERO DE AUTORIZACION: 19065260

FECHA: 2022-09-15

HORA: 09:12

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		Teléfono 1	6045904485		
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	3103831769		
Dirección						
CALLE 92EE N 67-61						
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE						
OLIVEROS		JUAN		ALEJANDRO		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		
2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1013559222		Fecha de nacimiento	1999-04-29
Dirección de Residencia Habitual		SD SECTOR LA CUARENTA		Teléfono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BETANIA		
Teléfono celular	3108202050	Correo electrónico				
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnóstico Principal	3403 - Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados		
Manejo integral según Guía de						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890274	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA				
Observación	31/08/2022					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15628796		Fecha	2022-08-31	Hora	15:59
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:			545	Reclamo de ticket, 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			
aramirez (ANA RITA RAMIREZ)			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			

1215628796

Resolución 003047 14 AGO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



187



NUMERO INFORME: W93 40318 Fecha: Ago.30/2022 Hora: 11:13

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE BETANIA		
Código:	050910457201	Nit:	890.981.494-2
Dirección:	CALLE 20 Nro. 26 - 173		
Teléfono:	8435044	Fax:	8435050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	BETANIA	Código:	091
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	OLIVEROS	2do. Apellido:	
1er Nombre:	JUAN	2do. Nombre:	ALEJANDRO
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	1.013.559.222
Fecha de Nacimiento:	Abr.29/1999	Edad:	23 Años
		Sexo:	MASCULINO
Dirección Residencia	JARAMILLONES	Teléfono:	310 376 91 92
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	BETANIA	Código:	91
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0		

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:	CARDIOLOGIA		

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890274	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
2	890228	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
3	881202	1	ECCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

Justificación Clínica: PACIENTE DE 23 AÑOS QUE CONSULTA POR MÚLTIPLES CONDICIONES PATOLÓGICAS DE BASE, ESTABA EN CONTROL CON SEGUIMIENTO NEUROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA PERO NO ASISTIÓ A CONTROLES POR MOTIVOS DE PANDEMIA. EN ESTE ORDEN DE IDEAS REQUIERE CONTROL CON ESTOS POR LO QUE SE RENEVA FÓRMULA, ACOMPAÑANTE REFIERE QUE EN CONTROL CON CARDIOLOGÍA QUEDÓ PENDIENTE UN CATETERISMO PERO NO TRAE HC. MADRE REFIERE VERLO CON DISNEA EN SUS ACTIVIDADES BÁSICAS. SE ENVÍA MANEJO QUE TENÍA EN CONSULTAS PASADAS.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASPOSICIÓN DE GRANDES VASOS, RETARDO COGNITIVO Y EPILEPSIA. TOTALMENTE DEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES BÁSICAS AVANZADAS Y COTIDIANAS, CON SOPLO HOLOSISTÓLICO EN TODOS LOS FOCOS. CUIDADO POR MADRE EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO EN BETANIA. EN ESTE ORDEN DE IDEAS SE CONSIDERA PACIENTE QUE REQUIERE ESTUDIOS PARA SUS CONDICIONES DE BASE. ADEMÁS SE ORDENA PARA NUEVO CONTROL CON NEUROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA

Diagnostico principal:	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	Código CIE10:	G403
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	MEDICO PROGRAMAS 1	Teléfono:	8435044
Registro Medico:		Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL		

Firma

Julián Alfonso Mesa G.
Medicina General
E.S.E. Hospital San Antonio de Betania