



## 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: 2025100131218270 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31218270  
FECHA Y HORA : 2025-10-01-02:05

## ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S A S	NIT	900604350	Código	EPSS40
---------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

## INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NIT		89695177	
Código	050010008601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		

## DATOS DEL PACIENTE

RAMIREZ		DE QUINTERO		ROSA		NCPA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	22008205		Fecha de nacimiento	1962-02-10	
Dirección de Residencia Habitual		VEREDA RIOCLARO			Teléfono	6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SAN LUIS				
Teléfono celular	3218795992	Correo electrónico					
Dirección alternativa				Nivel	No Aplica		

## SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal		
Manejo integral según Guía de					
Grupo de servicios			Consulta externa		
Modalidad de la tecnología de salud	Intramural		Finalidad de la tecnología de salud	DIAGNOSTICO	
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		24726753	Fecha y hora de solicitud		2025-10-01-02:05

## 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:			436	Reclamo de liquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: NO					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro	✓	0	0 %
Topo máximo copagos	0	Motivo Exento			

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
Sistema		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		Fecha fin autorización	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.008.205**

**RAMIREZ De QUINTERO**

APELLIDOS

**ROSA NORA**

NOMBRES

*Rosa Nora Ramirez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1962**

**SAN FRANCISCO**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

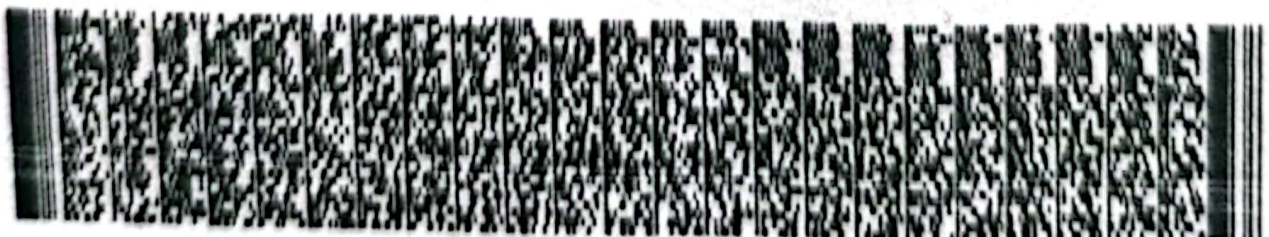
**1.60**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**14-DIC-1981 SAN LUIS**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



R-0123200-00565497-F-0022008205-20140423

0038048360A 1

42518497



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA WEB

trabajamos con amor por la vida desde 1823

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente ROSA NORA RAMIREZ DE QUINTERO Tipo Doc Cédula Ciudadanía DOCUMENTO 22008205
Edad 62 Años / 11 Meses / 24 DI Sexo Femenino Estado Civil Casado
Fecha Nacimiento 10/02/1962 Dirección VEREDA RIO CLARO SAN LUIS ANTIOQUIA Teléfono 3218795992/3136562536
Cama Area CONSULTA EXTERNA Ingreso 1394509 Fecha Ingreso 4/02/2025 12:09:40 p. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA Regimen Subsidiado Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2025
SALUD EPS

Nombre Acudiente

Telefono

Parentesco

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 12

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

4/02/2025 2:57 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ASMA, ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA, PACIENTE EN EL MOMENTO CON DOLOR LUMBAR Y RIENE RESULTADOS DE VIT D 33 VIT B12 395 POTASIO 4.5 SODIO 144 CL 107 CALCIO 9.2 HB 13.2 HTO 41 LEUCOCIOS 8200 GLICEMIA PRE 84 Y POST 131 CREATININA 0.7 TFG 68 TSH 7.8 paciente con hipotirdismo subclínico, EN EL MOMENTO PARA SEGUIMIENTO Y REALIZACION DE ECO TIROIDEA, PACIENTE PARA TRTAMIENTO ANALGESICO POR DOLOR POLIARTICULAR, CONCOMITANEMENTE CON RX DE COLUMNA LUMBAR CON LISTESIS Y ESCOLIOSIS DERECHA PARA IRM, DE COLUMNA LUMBAR CONTRSATADA, Y CONCOMITANEMENTE CON DERMATITIS DESCAMATIVA EN REGION DE BRAZOS Y ANTEBRAZOS BILATERAL, CON PRURITO DE SENSACION DE DOLOR URNETE MULTIPLES TRTAMIENTOS SIN MJEORIA REQUIERE VALORACION DERMATOLOGIA, CONTOL EN 4 MESES

ANTECEDENTES

Table with 3 columns: TIPO, FECHA, OBSERVACIONES. Contains medical history entries from 2022 to 2025.

ANTECEDENTES

Table with 3 columns: TIPO, FECHA, OBSERVACIONES. Contains one entry for 'Tóxicos' dated 11/02/2022.

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos: Normal
Tórax/Cardio/Pulmonar: Normal
Abdomen: Normal
Genito - Urinario: Normal
Músculo - Esquelético: Normal
Neurológico: Normal
Piel y Faneras: Normal

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TA: 120 / 80 mm Hg TAM: 93 mm Hg FC: 88 x min FR: 18 x min Dolor No Temperatura: 36,0 °C
Glucometría 502 mg/dl % FI02 % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta
Peso 53 Kgs Talla 158 Cms IMC: 21,00 PVC: mmH2O

Estado General: BUEN EETADO GENERAL

Cabeza y Sentidos:

NORMNOCFELA, PINR

Cuello:

VCUELLO MOIVL SIN INGUGITACION YGULAR

Cardio-Pulmonar-Vascular:

CAM PO PULMONARES BIEN VENTIALFOS SIN SOBERAGRERUIDOS CARTITMICOS SIN SOPLOS

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 04/02/2025 14:59

Usuario: 75144277

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

