



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2401266163 FECHA 2024/01/26

HORA: 16:40

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA NIT CC 890905177  
Codigo: 050010608601 Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61  
Telefono 098 4447192 Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

Indicativo Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO Codigo: EPSS42

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: BETANCUR 2do Apellido: SEPULVEDA 1er Nombre: BLANCA 2do Nombre: LUCIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil  Cedula de extranjeria  Cedula de ciudadanía  Menor sin identificacion 43822624

Tarjeta de identidad  Pasaporte  Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento: 31/01/1980

Direccion de Residencia Habitual: LA QUINTA Telefono: 3207710414

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: ANGOSTURA 038

Telefono Celular: 3207710414 Correo Electronico: sincorreosindominio.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  Enfermedad Profesional  Accidente de Transito  
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 CONSULTA EXTERNA Consulta\_Externa Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)
902210	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE)
890226	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
825307	1	TRANSFERENCIA DE TENDÓN EN MANO O MUÑECA (UNO O MÁS) 397517 CASO
829111	1	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MAS) 397534
817901	1	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO) 397554

Justificación Clínica REQUIERE INCAPACIDAD, FAVOR RENOVAR CON MEDICO GENERAL CIRUGIA PRIORITARIA DEFORMIDAD CUELLO DE CISNETENOLISIS TRANSFERENCIA DE BANDA DE TENDON EXTENSOR A FLEXOR ARTROPLASTIAS Y FIJACION TEMPORAL CON PINES PREOPERATORIOS Y CONSULTA PREANESTESICA

Impresion Diagnostica CIE10 Descripcion  
Dx Principal M200 DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO  
Dx relacionado1  
Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita VILLAMIL GALLEGO CARLOS ENRIQUE Telefono  
Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Indicativo Numero Extension  
Celular Telefono: 4447192

TRÁMITE INTERNO



FECHA: 20/01/2024

FIRMA: Villamil

VILLAMIL GALLEGO CARLOS ENRIQUE

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