



ANEXO TÉCNICO No. 4  
 AUTORIZACION DE SERVICIOS VIO DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD  
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 19527396  
 FECHA: 2022-10-27  
 HORA: 17:09

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDICLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.  
 INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

CODIGO EFSS40

Nombre

LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA SEDE BELLO

Tipo Documento

NI

Numero documento

890905793

Código

050890098945

Telefono 1

604444343

Correo

Telefono 2

Dirección

DIAGONAL 53 N 37-41 local 448

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

BELLO

DATOS DEL PACIENTE

HERRERA

PALACIO

MARIA

DEL CARMEN

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

CC

Numero documento de identificación

Fecha de nacimiento

1978-04-27

Dirección de Residencia Habitual

SECTOR LA VIRGEN LAS ANIMAS

Telefono

8049447749

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

CONCORDIA

Telefono celular

3138991700

Correo electrónico

angelapcorrea20@hotmail.com

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio Cirugía Vasculár (Consulta Em)

Diagnostico Principal 872 - Insuficiencia venosa (crónica) [paritífica]

Cama

Manejo integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

902045

1 TIEMPO DE PROTROMBINA (TTP)

902049

1 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)

Observación

ok

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

18043252

Fecha

2022-10-19

Hora

09:52

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:

SSI

Reclamo de tickete, bono o vale de pago

Recaudó 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

Leadone (LUISA FERNANDA CARONIA CARTAGENA)

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



ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre		ESE HOSPITAL LA MARIA		Tipo Documento	Número documento
Código	050010609801	Telefono 1	6045904485	NI	880905177
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	3103931769		
Dirección		CALLE 92EE N. 67-61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
HERRERA	PALACIO	MARIA	DEL CARMEN		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43844751	Fecha de nacimiento	1978-04-27
Dirección de Residencia Habitual	SECTRO LA VIRGEN LAS ANIMAS		Telefono	604844749	
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CONCORDIA		
Telefono celular	3158991700	Correo electrónico	angelepporreaz20@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio	Pringia Vascular (Consulta Ex)	Diagnostico Principal	I872 - Insuficiencia venosa (conital) [periférica]	Cama	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
388905	1	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARIOSAS DE MIEMBROS INFERIORES			
Observación	OK				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		16042351	Fecha	2022-10-19	Hora
					08:52
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			10 %		
Semana de afiliación del paciente a la autorización:			551	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudado del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	<input checked="" type="checkbox"/> Exento cobro	77933	10 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad			
Cardone (LUIISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD			
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuemas Médicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423583			



**ANEXO TÉCNICO No. 3**  
**MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**  
**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**



NUMERO DE SOLICITUD **22100138190** FECHA **2022/10/23** HORA: **8:37**

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: **E.S.E. HOSPITAL LA MARIA**

Código: **0510010608601** Dirección: **CALLE 92 EE # 67 - 61** Municipio: **MEDELLIN** Teléfono: **4447192**

Indicativo: **098** Departamento: **ANTIOQUIA** Municipio: **MEDELLIN** Código: **EPPS40**

Entidad a la que se le informa (pagador) **ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS**

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido: **HERRERA** 2do Apellido: **PALACIO** 1er Nombre: **MARIA** 2do Nombre: **DE CARMEN**

Tipo Documento de identificación: **DE CARMEN** Número de Documento de identificación: **001**

Registro civil:  Cedula de extranjería  Cedula de ciudadanía  Menor sin identificación **43844751**

Tarjeta de identidad:  Pasaporte  Adulto sin identificación

Dirección de Residencia Habitual: **CONCORDIA** Fecha de nacimiento: **1978/04/27** Teléfono: **3136991700**

Departamento: **ANTIOQUIA** Municipio: **MEDELLIN**

Teléfono Celular: **3136991700** Correo Electronico: **05**

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  Tipo de servicio Solicitado:  Posterior a la atencion de Urgencias  Prioritaria  No Prioritaria

Enfermedad Profesional:  Accidente de Tránsito  Servicios Electivo

Indicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion:  Consulta Externa  Urgencias  Hospitalizacion  Servicio: **CONSULTA EXTERNA** Consulta **Externa** Prioridad de la Atencion:  Urgencias  Hospitalizacion  Servicio: **CONSULTA EXTERNA** Consulta **Externa**

Mango Integral segun Guia de:  Urgencias  Hospitalizacion  Servicio: **CONSULTA EXTERNA** Consulta **Externa** Cama

Código C.I.P.S.	Cantidad	Descripción
388905	1	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES
9102210	1	HEMORRAGIA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO RECuento DE ENTROCITOS INDICES ENTROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUE
9103895	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
9103841	1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
895100	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)

Justificación Clínica: Paciente con insuficiencia venosa crónica que requiere manejo quirúrgico. Se explica procedimiento y riesgos, entiende y acepta. Se solicitan paracelínticos prequirúrgicos, su programa para cirugía en miembro inferior derecho. Se dan instrucciones para uso de medidas de gradiente. Se explican riesgos como: infección, sangrado, hematoma, lesión vascular o nerviosa, trombosis, tromboembolismos, pérdida de la extremidad, muerte, úlcera, manchas en la piel, neuropatía, linfedema, reintervención, cicatrices, quemaduras

Impresión Diagnóstica: **CIE10** Descripción: **INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)**

DX relacionado1: **1872**

DX relacionado2:

Nombre de que solicita: **ANAYA MARTINEZ MARLON** Información de la persona que solicita

Cargo Actividad: **CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA**

Teléfono: **4447192** Celular:

Indicativo:  Numero:  Extension:

*[Handwritten signature]*

Dr. **Martín Anaya Martínez**  
 Cirujía Vascular y Endovascular  
 Universidad de Antioquia  
 R.M. 5-4580-2

**ANAYA MARTINEZ MARLON**

**TRÁMITE INTERNO**  
 FECHA: **20-22**  
*[Handwritten signature]*

FIRMA: