



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMEROS DE SOLICITUD: 2304206207 FECHA: 18/04/2018 HORA: 18:48

INFORMACION DEL PRESTADOR
Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
Codigo: 030010608001
Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61
Telefono: 4447192
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

Entidad a la que se le informa (pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS
Codigo: EP3540

DATOS DEL PACIENTE
1er Apellido: VERGARA 2do Apellido: AREIZA 1er Nombre: DIANA 2do Nombre: SOFIA

Tipo Documento de identificacion: Registro civil Cedula de extranjeria Cedula de ciudadanía Menor sin identificacion
 Tarjeta de identidad Pasaporte Adulto sin Identificacio
Fecha de nacimiento: 20/07/1970

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 40C 21-54 Telefono: 3116237710

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: BELLO 088
Telefono Celular: 3116237710 Correo Electronico: SINCORREO@SINDOMINIO.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
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: URGENCIAS
Consulta_Externa: Cama P4406B

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
879510	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Justificación Clínica: Paciente de 54 años de edad, con antecedente de hipertensión, diabetes mellitus, poco adherente a tratamiento, ahora en contexto de luxa fractura bimallear de tobillo derecho, requirió cx de os hace 2 semanas buena evolución sin dolor, rx control reduccion de perone aceptable, maleolo medial suelto, se dan instrucciones y explico signos de alarma, JC TOBILLO, cita DR GARCIA en 2 semanas.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	S823	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA TIBIA
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA
Nombre de que solicita: VELA CASTILLO GUSTAVO Telefono: []
Cargo Actividad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
Indicativo: []
Celular: []
Telefono: 4447192

[Handwritten Signature]
VELA CASTILLO GUSTAVO



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: 2025050529303201 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29303201
FECHA Y HORA : 2025-05-05-10:04

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

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

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento	Número documento
PRODIAGNOSTICO SAN DIEGO		NI	800250192
Código	050010119807	Teléfono 1	6045605168
Correo	citas@prodiagnostico.com	Teléfono 2	6045604170
Dirección			
Carrera 43 # 29 - 250			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN

DATOS DEL PACIENTE

VERGARA		AREIZA		DIANA		SOFIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	42786998		Fecha de nacimiento	1970-07-20	
Dirección de Residencia Habitual		KR 40 C 21 58				Teléfono	6044614274
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	BELLO			
Teléfono celular	3204341216	Correo electrónico					
Dirección alternativa				Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:		Cama	
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	S823 - Fractura de la epifisis inferior de la tibia
Manejo integral según Guía de			
Grupo de servicios		Consulta externa	
Modalidad de la tecnología de salud	Intramural	Finalidad de la tecnología de salud	OTRA
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
879510	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	
Observación	2025-04-29		
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	23373187	Fecha y hora de solicitud	2025-05-05-09:30

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:		0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:		735	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:			
Aplica cobro: SI			
Cuota moderadora	Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %
Topo máximo copagos	0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
dsalazae (DAYHANA NALLYBE SALAZAR ESPINOSA)		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	Fecha fin autorización	2025-11-01
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	