



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 1
PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026010932300363 - NUMERO DE AUTORIZACIÓN: 32300363
FECHA Y HORA : 2026-01-09-07:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900804380	Código	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre			Tipo Documento		Número documento
LABORATORIO CLINICO CENTRAL DE REFERENCIA			NI		900752752
Código	050011385208	Teléfono 1	6046051210	Tipo	Teléfono Fijo
Correo	atencionpacientesaviala@centraldereferencia.com	Teléfono 2	3104663011	Tipo	Teléfono Móvil
Dirección					
Calle 38 # 66 A 103 Avenida Bolivariana					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		

DATOS DEL PACIENTE

UPEGUI	FERNANDEZ	JUAN	FELIPE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1026161406
Dirección de Residencia Habitual			KR 52 14 B SUR 181
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	CALDAS
Teléfono celular	3194095727	Correo electrónico	felipeupegui6@gmail.com
Dirección alternativa		Nivel	Nivel 2

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:				Cama	
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	861 - Varices escrotales	
Manejo integral según Guía de					
Grupo de servicios			Consulta externa		
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural	Finalidad de la tecnología de salud	DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL	
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]			
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]			
Observación	6/12/2025 Paciente masculino de 26 aos con historia de disconfort plvico en estudios con varicocele izquierdo grado IV por ecografa, solo con valsalva al examen fsico pero con hipotrofia testicular bilateral, no hay varicocele clinico derecho, solicito eco abdomen para descartar otras causas de obstruccion e indico varicocelelectoma izquierda, explico procedimiento, riesgos, entiende y acepta.				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25307735		Fecha y hora de solicitud	2025-12-10-09:10

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:	771	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:		
Aplica cobro: NO		
Cuota moderadora	Cuota de recuperación	Valor en pesos
Copago	Exento cobro	Porcentaje %
Tope máximo copagos	651155	Motivo Exento
		Exonerado de copago por tipo pago de tecnología

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)		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		2026-07-08	
		018000423683	



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO N°. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026010932300354 - NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 32300354

FECHA Y HORA : 2026-01-09-07:36

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900804350	Código	EP3540
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		890905177	
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

UPEGUI		FERNANDEZ		JUAN		FELIPE		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		1026161406		Fecha de nacimiento	1999-02-19
Dirección de Residencia Habitual		KR 52 14 B SUR 181					Teléfono	6044841370
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio	CALDAS		
Teléfono celular		3194095727		Correo electrónico		felipepegui6@gmail.com		
Dirección alternativa						Nivel	Nivel 2	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:										Cama			
Servicio	Urologia (Consulta Ext)					Diagnostico Principal	861 - Varices escrotales						
Manejo integral según Guía de													
Grupo de servicios					Consulta externa								
Modalidad de la tecnología de salud				Intramural			Finalidad de la tecnología de salud			DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL			
Código CUPS		Cantidad		Descripción									
631011		1		VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA									
Observación		6/12/2025 Paciente masculino de 26 aos con historia de disconfort plico en estudios con varicocele izquierdo grado IV por ecografia, solo con valsalva al examen fsico pero con hipotrofia testcular bilateral, no hay varicocele clinico derecho, solicito eco abdomen para descartar otras causas de obstruccion e indico varicocelelectoma izquierda, explico procedimiento, riesgos, entiende y acepta.											
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN				25307733				Fecha y hora de solicitud			2025-12-10-09:10		

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			10.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			771	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago	✓	Exento cobro		187995.00
Tope máximo copagos		651155		Motivo Exento

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Ivartini (LINA VANESSA MARTINEZ LONDOÑO)		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
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	
		2026-07-08	



ANEXO TÉCNICO N° 1
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 5 1 2 0 6 6 9 0 0

FECHA
HORA:

2 6 2 5 7 1 2 7 0 6
1 2 1 0 2

NIT
CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

Numero

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

CALLE 92 EE # 67 - 61

Codigo:

0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1

Direccion:

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono

098

4447192

Indicativo

Telefono

Codigo:

EPSS40

Entidad a la que se le informa (pagador)

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

DATOS DEL PACIENTE

1er Nombre

2do Nombre

FELIPE

1er Apellido

2do Apellido

JUAN

Numero de Documento de identificacion

UPEGUI

FERNANDEZ

Tipo Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadanía

☐ Menor sin identificacion

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identifiacio

Fecha de nacimiento:

1 0 2 6 1 6 1 4 0 6

Telefono:

1 9 / 0 2 / 1 9 9 9

Direccion de Residencia Habitual: KR 52 14 B SUR 181

0 5

Municipio: CALDAS

Departamento:

ANTIOQUIA

Telefono Celular:

3 1 9 4 0 9 5 7 2 7

Correo Electronico

SINCORREO@GMAIL.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:

Descripción

Codigo CUPS

Cantidad

9 0 2 0 4 5

1 ,

TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]

9 0 2 0 2 9

1 ,

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

9 0 2 2 1 0

1 ,

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU

9 0 3 8 9 5

1 ,

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

9 0 7 2 0 1

1 ,

ESPERMOGRAMA BÁSICO

8 8 1 3 0 2

1 ,

ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)

6 3 1 0 1 1

1 ,

VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA

8 9 0 2 2 6

1 ,

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Medicamentos

Descripción

Codigo CUM

Cantidad

Justificación Clínica: Paciente masculino de 26 años con historia de disconfort pélvico en estudios con varicocele izquierdo grado IV por ecografia, solo con valsava al examen físico pero con hipotrofia testicular bilateral, no hay varicocele clínico derecho, solicito eco abdomen para descartar otras causas de obstrucción e indico varicocelectomia izquierda, explico procedimiento, riesgos, entiende y acepta.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

I 8 6 1

VARICES ESCROTALES

Dx relacionado1

R 1 0 2

DOLOR PELVICO Y PERINEAL

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita CONTRERAS BLANCO ANDREA MARCELA

Telefono

Cargo Actividad

UROLOGIA

Indicativo

Numero

Extension

TRÁMITE INTERNO



FECHA: 6-12-2025

RECIBO

FIRMA:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **JUAN FELIPE UPEGUI FERNANDEZ** Tipo Doc Cédula Ciudadanía DOCUMENTO 1026161406
Edad 26 Años / 9 Meses / 16 Día Sexo Masculino Estado Civil Soltero
Fecha Nacimiento 19/02/1999 Dirección KR 52 14 B SUR 181 Teléfono 3194095727-3146767586
Cama Area CONSULTA EXTERNA Ingreso 1715882 Fecha Ingreso 6/12/2025 11:37:08 a. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA Regimen Subsidiado Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2025
Salud EPS Telefono Parentesco

Nombre Acudiente

Nombre

Acompañante

FOLIO N° 1

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6/12/2025 12:02 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

"tengo varicocele"

ENFERMEDAD ACTUAL

UROLOGIA

Masculino de 26 años, residente en Pereira, independiente, soltero, sin hijos, asiste solo.

EA/ primera vez en urología. Refiere historia de aprox 3 meses de sensación de peso en escroto izquierdo, niega otros síntomas.

Asiste con resultados:

* Eco Doppler testicular (AUG Kapital 28/11/2025): Ambos testículos se encuentran en el saco escrotal y tienen forma, tamaño y ecogenicidad normales, sin quistes, nódulos, masas ni microlitiasis. La túnica albugínea se encuentra íntegra.
Epidídimos de ecogenicidad y grosor normales, sin lesiones focales. No se observa hidrocele.
El testículo derecho mide 3.6 x 2.7 x 1.5cm. Volumen: 8cc.
El testículo izquierdo mide 3.6 x 3.0 x 1.7cm. Volumen: 10cc.
Cordones espermáticos de calibre normal.
En la valoración Doppler espectral se observa irrigación por flujo de baja resistencia de ambos testículos.
Dilatación moderada del plexo pampiniforme derecho (2 a 3mm) con aumento leve de su calibre con valsalva y reflujo con maniobra.
En el lado izquierdo se observa plexo pampiniforme severamente dilatado (mayor de 3mm) de aspecto tortuoso y en mayor cantidad asociado a reflujo espontáneo y que aumenta con maniobra.
Piel y tejido celular subcutáneo escrotal de espesor normal, sin lesiones

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES

TIPO	FECHA	
Médicos	06/12/2025	Niega
Quirúrgicos	06/12/2025	Niega
Alérgicos	06/12/2025	Niega

ANTECEDENTES

OBSERVACIONES

TIPO	FECHA		
Tóxicos	06/12/2025	Ninguno	Niega tabaquismo

REVISION POR SISTEMAS

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

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA:	/	mm Hg	TAM:	mm Hg	FC:	x min	FR:	x min	Dolor	No	Temperatura:	° C	
Glucometria	☐	mg/dl	S02	☐	%	FI02	☐	%	Perfusion	< 2	seg	Estado de Conciencia:	Alerta
Peso	Kgs	Talla	Cms	IMC:	PVC:	☐	mmH2O						

Estado General:

Buenas condiciones generales
No dificultad respiratoria
Abdomen blando, no doloroso a la palpación
Genitales con hipotrofia testicular bilateral, ligera dilatación del plexo izquierdo con valsalva, no hernias.

Cabeza y Sentidos:
Cuello:
Cardio-Pulmonar-Vascular:
Abdomen:
Genito - Urinario:
Músculo - Esquelético:
Neurológico:



AUG CAPITAL S.A.S

NIT. 900.493.920-0

ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. www.augkapital.com.co

CRR 46B # 77 SUR 36 SABANETA

Teléfono: (+57) 3160174112

DATOS DEL PACIENTE

Nombre

UPEGUI FERNANDEZ JUAN
FELIPE

Identificación

1026161406

Fecha de Nacimiento

1999-02-19 (26)

DATOS DEL ESTUDIO

Fecha de Estudio

2025-11-28

Estudio

US

ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER

TÉCNICA

Con transductor lineal de alta frecuencia se realiza ecografía testicular en modo B, Doppler color y Doppler espectral, con el paciente en decúbito supino y bipedestación. Se hace uso de la maniobra de valsalva.

INDICACIÓN: Varicocele.

HALLAZGOS

Ambos testículos se encuentran en el saco escrotal y tienen forma, tamaño y ecogenicidad normales, sin quistes, nódulos, masas ni microlitiasis. La túnica albugínea se encuentra íntegra.

Epidídimos de ecogenicidad y grosor normales, sin lesiones focales. No se observa hidrocele.

El testículo derecho mide 3.6 x 2.7 x 1.5cm. Volumen: 8cc.

El testículo izquierdo mide 3.6 x 3.0 x 1.7cm. Volumen: 10cc.

Cordones espermáticos de calibre normal.

En la valoración Doppler espectral se observa irrigación por flujo de baja resistencia de ambos testículos.

Dilatación moderada del plexo pampiniforme derecho (2 a 3mm) con aumento leve de su calibre con valsalva y reflujo con maniobra.

En el lado izquierdo se observa plexo pampiniforme severamente dilatado (mayor de 3mm) de aspecto tortuoso y en mayor cantidad asociado a reflujo espontáneo y que aumenta con maniobra.

Piel y tejido celular subcutáneo escrotal de espesor normal, sin lesiones.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Varicocele grado II derecho y IV izquierdo.

Dr. DR CARLOS ALBERTO GARCÍA VÁSQUEZ. Médico Radiólogo.

R.M N° 1128049035