



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

NUMERO DE SOLICITUD 2411259454 FECHA: 2024/11/11
HORA: 13:18

INFORMACION DEL PRESTADOR

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

Indicativo Telefono
Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre
MOSQUERA GIL GREISY CAMILA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☐ Cedula de ciudadania ☐ Menor sin identificacion 1042825698

☒ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identificaci Fecha de nacimiento: 11/06/2007

Direccion de Residencia Habitual: hogar claret Telefono: 300761797

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

Telefono Celular: 300761797 Correo Electronico notiene@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 Tipo de servicio Solicitado Prioridad de la Atencion
☒ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrofico ☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito ☒ Servicios Electivo ☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Consulta Externa

☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890350	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA #6926015
851102	1	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)
881701	1	GUIA ECOGRAFICA PARA PROCEDIMIENTO
902045	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]

Justificación Clínica: PACIENTE CON LESION MAMARIA DERECHA SOLIDA , SOSPECHA BAJA DE MALIGNIDAD , REQUIERE DE CARACTER PRIORITARIO
BIOPSIA TRUCUT ECO DIRIGIDA DE MAMA DERECHA , CITA CONTROL POR GINECOLOGIA CON RESULTADOS DE HISTOLOGIA EN 8 SEMANAS .

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal D486

TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita BENITEZ RESTREPO CRISTIAN CAMILO Telefono

Cargo Actividad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Indicativo Numero Extension

Celular

Telefono: 4447192

Benitez

BENITEZ RESTREPO
CRISTIAN CAMILO

TRÁMITE INTERNO



FECHA: 25.11.24

Damian
FIRMA: