



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD

0 1 0 0 0 1 4 4 9 4

FECHA

2 0 2 6 - 0 1 - 2 3

HORA

1 1 : 4 1

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre ARTMEDICA SAS

Nit X
Cc

9 0 0 2 9 8 9 2 8 3
Numero DV

Código

0 5 0 0 1 1 0 8 7 5 0 6

Dirección Prestador: Carrera 48, 20-114 torre 3 piso 8

Teléfono:

Indicativo

numero

Departamento: Antioquia

0 5 Municipio: MEDELLIN

0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA EN SALUD S.A

Código:

E P S 0 4 2

DOCUMENTOS DEL PACIENTE

URIBE

1er. Apellido

RUA

2do. Apellido

RAFAEL

1er. Nombre

ANTONIO

2do. Nombre

Tipo de Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Tarjeta de Identidad

☐ Adulto sin identificación

☒ Cédula de Ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de Extranjería

1 0 4 5 0 7 8 0 7 3

Número de documento de identificación

Fecha Nacimiento:

1 9 8 8 - 0 4 - 2 3

Dirección de Residencia: CRA 63 B CLL 103 GG 6 ACEVEDO

Teléfono:

3 0 1 9 3 6 2 6 7 7

Departamento: Antioquia

0 5 Municipio: MEDELLIN

0 5 0

Teléfono celular: 3 0 0 3 1 5 2 9 3 7

Correo electrónico: rosaedeni1987@gmail.com

Cobertura en salud

☐ Regimen contribuido

☐ Regimen Subsidiado - parcial

☐ Población pobre no Asegurada sin SISBEN

☐ Plan adicional de salud

☒ Regimen Subsidiado - total

☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN

☐ Desplazado

☐ Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCION

Origen de la atención

☒ Enfermedad General

☐ Accidente de Trabajo

☐ Evento Catastrófico

Tipo de Servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

☒ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☒ No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

☐ Consulta Externa

☐ Hospitalización

Servicio

CONSULTA EXTERNA

Cama

☒ Urgencias

Manejo integral según Guía de :

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	8 7 1 0 1 0	1	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL 17328286
2	8 7 1 0 9 1	1	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS 17328336
3	8 7 1 1 2 1	1	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL) 1732
4	8 7 3 2 1 0	1	RADIOGRAFIA DE MANO 17328459
5	8 7 3 3 0 3	1	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL) 17328512
6	9 0 2 2 0 4	1	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL
7	9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARI)
8	9 0 3 8 6 6	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
9	9 0 3 8 6 7	1	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
10	9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
11	9 0 6 9 1 3	1	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO
12	9 0 7 1 0 6	1	UROANALISIS
13	M D 0 0 3 0	4 3 2	ACIDO FOLICO 1 MG TABLETA
14	M D 0 2 5 8	1 8 0	ETORICOXIB 60 MG TABLETA
15	2 0 0 2 9 7 6	2 4	METOTREXATE 25/0.5 MG/ML JERINGA PRELLENADA

Justificación Clínica:

RAFAEL URIBE, 37 AÑOS

DIAGNOSTICOS:

1. ARTRITIS PSORIASICA , DIAGNOSTICO 01/2026

-DOMINIO PIEL: PSORIASIS EN PLACAS CON AFECTACION ZONAS ESPECIALES CUERO CABELLUDO, PALMAS, PLANTAS

-DOMINIO UÑAS : PSORIASIS UNGUEAL MANOS Y PIES

-DOMINIO ARTICULACIONES PERIFERICAS: ARTRALGIAS INFLAMATORIAS CODOS, MUÑECAS, MCF, INTERFALANGICAS PROXIMALES Y DISTALES, RODILLAS, TOBILLOS, MTF

-DOMINO ENTESITIS: ENTESITIS EPICONDILOS Y AQUILES

-PROBABLE DOMINIO AXIAL: DOLOR CERVICAL Y LUMBAR CRONICOS CON CARACTERISTICAS INFLAMATORIAS

-VSG NORMAL, PCR NORMAL

Impresión Diagnóstico

Diagnóstico Principal

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Código CIE10

L 4 0 5

Descripción

ARTROPATIA PSORIASICA (M07.0*-M07.3*, M09.0*)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: PABLO ANDRES CASTAÑO GONZALEZ

Teléfono:

3 0 0 9 1 2 0 0 7 4

indicativo

numero

extensión

Cargo o actividad: REUMATOLOGÍA

Teléfono celular:

3 1 6 8 3 4 6 2 7 7