



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD



CONSECUTIVO

W93 746486

No. DE AUTORIZACION

Fecha:

May.21/2025

Hora:

16:15

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

Nit: 890.981.536-3

Código: 058900243101

Dirección: CARRERA 24 N 13-466 BARRIO EL REPOSO

Fax:

Teléfono: 8654859

Código: 05

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 890

Municipio: YOLOMBO

Código: EPSS40

Entidad a la que se le informa (pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: BEDOYA

2do. Apellido: MESA

1er Nombre: JAIME

2do. Nombre: LEON

Tipo de Documento: CEDULA

No. Documento: 15.363.952

Fecha de Nacimiento: Nov.28/1955

Edad: 69 Años

Sexo: MASCULINO

Teléfono: 3148691874

Dirección Residencia: BARRIO LA PAZ 1

Código: 05

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 858

Municipio: VEGACHI

E-Mail: SD

Dirección Alternativa:

Tipo de Pago: CUOTA MODERADORA

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-1

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Serv. Solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención: PRIORITARIA

Servicio: UROLOGIA

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

Manejo Integral Según Guía: UROLOGIA

Modalidad:

Seq: Código CUPS / IUM Cantidad Grupo de Servicio

Descripción

1 890294 1 CONSULTA EXTERNA

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Justificación Clínica:

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS QUIEN CONSULTA PARA REVISION DE URETROCITOGRAFIA RETROGRADA REFIERE CALIBRE CHORRO DISMINUIDO, DISURIA, NICTURIA (4-5) INCONTINENCIA DE URGENCIA OCACIONAL Y URGENCIA MICCIONAL, MICCION INTERRUPTIDA Y GOTE POSTMICCIONAL, AL EXAMEN FISICO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN ALTERACIONES, TRAE CISTOSCOPIA QUE REPORTA ESTRECHEZ BULBAR Y URETRAL, SE SOLICITA URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL Y RETROGRADA POR ESTRECHEZ, Y CITA DE CONTROL CON RESULTADOS. URETROCITOGRAFIA RETROGRADA EN DONDE SE EVIDENCIA ESTRECHEZ URETRAL, SE ENVIA ANEXO PARA VALORACION POR UROLOGIA DE TERCER NIVEL, URETROTOMIA VS URETROPLASTIA SEGUN CRITERIO MEDICO TRATANTE. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

TAMSULOSINA 0.4 MG CADA 24 HORAS POR 90 DIAS

VALORACION PRIORITARIA POR UROLOGIA DE 3ER NIVEL

Diagnostico principal: ESTRECHEZ URETRAL CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS

Código CIE10: N991

Diagnostico relacionado 1: ** NO PRESENTA **

Código CIE10:

Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA **

Código CIE10:

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: GONZALEZ PEREZ LAZARO

Teléfono:

8654859

Registro Medico: 20025415

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad: MEDICO ESPECIALISTA

Firma

RECAUDOS DEL PRESTADOR

Concepto

Valor en Pesos

Porcentaje (%)

Valor máximo(Tope) en pesos

Cuota Moderadora

Copago

Cuota de Recuperación

Pago compartido



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: 2025053029677849 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29677849

FECHA Y HORA : 2025-05-30-01:53

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
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI	890905177
Código	050010608601	Telefono 1	6044447192
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	
Dirección			
Calle 92EE # 67 - 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

BEDOYA	MESA	JAIME	LEON
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	15363952
Dirección de Residencia Habitual		Fecha de nacimiento	1955-11-28
VDA LA CEIBA		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	VEGACHI
Telefono celular	3135115826	Correo electrónico	
Dirección alternativa		Nivel	Nivel 1

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Urologia (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	N993 - Prolapso de la cupula vaginal de spues de hysterectomia	
Manejo Integral según Guía de						
Grupo de servicios			Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		TRATAMIENTO
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890294	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA				
Observación	15363952 // III NIVEL					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23552266		Fecha y hora de solicitud		2025-05-22-03:54

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:		609	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:			
Aplica cobro: SI			
Cuota moderadora		Cuota de recuperación	
Copago		Exento cobro	
Tope máximo copagos		0	
		Valor en pesos	Porcentaje %
		0.00	0.00 %



05 JUN 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Irodrigm (LAURA RODRIGUEZ MADRID)		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	2025-11-26

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original