



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025031428722047 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28722047

FECHA Y HORA : 2025-03-14-07:24

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	Nit	900604350	Código	EPSS40
---------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

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

DATOS DEL PACIENTE

RESTREPO				CARLOS		MARIO		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación		15524911		Fecha de nacimiento	1961-01-07
Dirección de Residencia Habitual		SD SALIDA JARDIN				Teléfono		
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	ANDES			
Teléfono celular	3116851413		Correo electrónico	camilaretr39@gmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Urologia (Consulta Ext)			Diagnostico Principal		
Manejo integral según Guía de						
Grupo de servicios				Consulta externa		
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		DIAGNOSTICO
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA				
Observación						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22945315		Fecha y hora de solicitud		2025-03-14-07:24

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:			675		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	0 %
Tope máximo copagos	0				

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
Sistema		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	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 4 1 0 3 1 3 0 9 5 FECHA: 2 0 2 4 / 1 0 / 3 1

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT CC	8 9 0 9 0 5 1 7 7
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1	Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61	
Telefono: 098 4447192	Departamento: ANTIOQUIA 0 5	Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Indicativo

Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
RESTREPO		CARLOS	MARIO

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion 1 5 5 2 4 9 1 1

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento: 7 / 0 1 / 1 9 6 1

Direccion de Residencia Habitual: ENVIGADO Telefono: 3 1 1 6 8 5 1 4 1 3

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: ENVIGADO 2 6 6

Telefono Celular: 3 1 1 6 8 5 1 4 1 3 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 ☒ 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

☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
9 0 7 1 0 6	1	UROANALISIS
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
8 9 0 3 9 4	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Justificación Clínica: Paciente con HPR, satisfecho con su patrón miccional, por lo que se renueva formula de tamsulosina 0.4 mg. 180 unidades, cita de control por urologia en 6 meses con creatinina y uroanálisis, explico.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripción
Dx Principal N 4 0 X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Dx relacionado1
Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MIRANDA AVILA LUIS JOSE	Telefono	
Cargo Actividad UROLOGIA	Indicativo	Numero Extension
	Celular	
	Telefono: 4447192	

1851454265

MIRANDA AVILA LUIS JOSE

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CARLOS MARIO RESTREPO** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 15524911**
Edad **63 Años / 9 Meses / 23 Día** Sexo **Masculino** Estado Civil **Soltero**
Fecha Nacimiento **07/01/1961** Dirección **ENVIGADO** Teléfono **3116851413**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1289645** Fecha Ingreso **31/10/2024 8:25:01 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2024**
SALUD EPS

Nombre Acudiente **SARA ISABEL**

Telefono **3124840945**

Parentesco **HIJA**

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 3

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

31/10/2024 9:13 a. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

la cita

ENFERMEDAD ACTUAL

Urología
64 años

Dx
- HPB
**Tamsulosina

Satisfecho con su patrón miccional, sin alteración en el patrón miccional, sin LUTS

AP niega, niega alergias, cx columna, niega consumo de cigarrillo, niega antecedente familiar de cap

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 :

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen : buenas condiciones generales
abdomen blando y sin dolor
pene y testículo normales
TR próstata grado I, adenomatosa, sin nódulos (Julio 2024)

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANÁLISIS :

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO :

Paciente con HPB, satisfecho con su patrón miccional, por lo que se renueva fórmula de tamsulosina 0.4 mg, 180 unidades, cita de control por urología en 6 meses con creatinina y uroanálisis, explico.

PSA
Oct 2024 0.48

Imágenes
**22/09/2024 eco renal y de vías urinarias: Riñones sin dilatación, sin lesiones, vejiga de paredes delgadas, sin RPM, próstata 39cc
ver

PLAN TERAPEUTICO :

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 31/10/2024 09:14

Usuario: 1051654265

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **CARLOS MARIO RESTREPO**

Cama Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **1289645**

DOCUMENTO / HISTORIA

15524911

Fecha Ingreso **31/10/2024 8:25**

FOLIO N° **3**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

31/10/24 9:13 a. m.

Recomendaciones-Información y
educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA		☒	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
180	TAMSULOSINA 0.4 MG CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA	1 tab cada 24 horas por 180 días

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

UROANALISIS

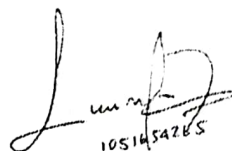
CREATININA EN SUERO

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN
UROLOGIA



1051654285

Profesional: MIRANDA AVILA LUIS JOSE
R. M. : 1051654285
UROLOGIA



Trabajamos con amor por la vida desde 1923

Fecha Actual : 31/10/2024 09:14

HC CONSULTA EXTERNA WEB FORMULA MEDICA

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente CARLOS MARIO RESTREPO
Edad Actual 63 Años / 9 Meses / 23 Días
Dirección ENVIGADO
Procedencia ENVIGADO

Identificación 15524911
Sexo Masculino
Teléfono 3116851413

DATOS DEL INGRESO Ingreso N° 1289645 Fecha 31/10/2024 08:25 Cama
Entidad Responsable SAS2024 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS
Nivel - Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2024 Enfermedad_General_Y_Maternidad
Acudiente SARA ISABEL Parentesco Hija
Dirección Telefono 3124840945

Folio N° 3 Fecha Folio 31/10/2024 09:13 Folio Asociado
Causa externa Enfermedad_General

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

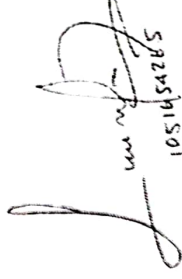
Medicamento:	G04002	TAMSULOSINA 0.4 MG CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA	Via Administración:	Oral	Cantidad:	180
--------------	--------	---	---------------------	------	-----------	-----

Indicación :	1 tab cada 24 horas por 180 días	DE CONTROL	Horas :	-	Días :	180
--------------	----------------------------------	------------	---------	---	--------	-----

Concentración: 0.4 MG

Indicación : 1 tab cada 24 horas por 180 días

Total Items: 1


1051654265

MIRANDA AVILA LUIS JOSE
1051654265
UROLOGIA

DIGITALIZADO
Archivo Clínico
E.S.E. Hospital San Rafael de Medellín
NIT: 890.905.177-9
Funcionario: Nataniel
Fecha: 05-11-24