



ANEXO TÉCNICO No. 1
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 6 0 3 1 2 1 9 9 2 FECHA: 2 0 2 6 / 0 3 / 1 2

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 1 3 : 0 3

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT CC	2 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	Numero
Telefono 098 4447192	Departamento: ANTIOQUIA 0 5	Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Indicativo

Telefono

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

Codigo: EPSS42

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
TORRES	TORRES	LUZ	MIRYAM

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadania	☐ Menor sin identificacion	2 2 2 2 9 2 0 6
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identifiacio	Fecha de nacimiento: 3 / 0 2 / 1 9 6 0	
Direccion de Residencia Habitual: yolombo Vereda pocoro				Telefono: 3 1 1 7 2 2 5 1
Departamento: ANTIOQUIA 0 5		Municipio: YOLOMBO 8 9 0		
Telefono Celular: 3 1 1 7 2 2 5 1		Correo Electronico LuzMiriamTorres7@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	☐ Posterior a la atencion de Urgencias	☒ Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria
☐ Accidente de Trabajo		
☐ Accidente de Transito		

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 3 8 9 5	1 ,	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
9 0 3 8 4 1	1 ,	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
9 0 2 0 4 5	1 ,	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
9 0 2 0 4 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
8 9 5 1 0 0	1 ,	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
8 7 1 1 2 1	1 ,	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (PA O AP Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO
5 5 5 7 2 1	1 ,	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA
8 9 0 2 2 6	1 ,	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Medicamentos

Codigo CUM	Cantidad	Descripción

Justificación Clínica: ANALISIS PACIENTE DE 66 AÑOS, HALLAZGO DE UROLITIASIS EN PELVIS RENAL IZQUEIRDA ASOCIADO A HIDROENFROSIS, TRAE UROTAC ED FEB 2026, SE VISUALIZA IMAGEN (QR) EVIDENCIANDO EXCLUSION RENAL IZQUERIDA ASOCAIDO A QUSITES SIMPLES DE GRAN TAMAÑO CON POCA RESERVA DEL PARENQUIMA RENAL , POR LO CUAL SE CONSIDERA ANTE DOLOR RECURRENTE Y PERDIDA DE LA ESTRUCTURA RENAL, PACIENTE CANDIDATA A NEFRECTOMIA SIMPLE IZQUEIRDA POR LAPAROSCOPIA,S E EXPLICA PROCEIMIENTO RIESGOS Y BENEFICIOS DEL INTERVENCION , ENTIENDE Y ACEPTA

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

N 1 3 2

HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Dx relacionado1

N 1 9 X

INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita CASTRO GARZON LUISA FERNANDA	Telefono	
Cargo Actividad UROLOGIA	Indicativo	Numero Extension

Celular
Telefono: 4447192

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CASTRO GARZON LUISA
FERNANDA