



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2501298116 FECHA 2025/01/29

HORA: 13:52

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	001
Indicativo	Telefono							

Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS CONTRIBUTIVO Codigo: EPS040

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MONTOYA	MARULANDA	MARTHA	ELENA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadania ☐ Menor sin identificacion 32110598

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento: 23/02/1984

Direccion de Residencia Habitual: BARRIO CHAPARRALITO Telefono: 3108273577

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: ANDES 034

Telefono Celular: 3108273577 Correo Electronico SINCORREP@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 ☐ Tipo de servicio Solicitado ☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Prioritaria ☐ No Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito ☒ Servicios Electivo

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion ☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890382	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
954107	1	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]
954301	1	LOGO AUDIOMETRÍA
954302	1	INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)

Justificación Clínica: PACIENTE POP DE CEF POR POLIPOSIS NASAL, CIRUGIA EN FEBRERO DE 2024 AP DE ASMA, PRURIGO ACTINICO, DERMATITIS ATOPICA, POLIPOSIS NASAL Y SINUSITIS. MUY OBSTRUIDA, AFECTACION TRAE NASOLARINGOSCOPIA: 13.12.2024: NARIZ: FND: Septo funcional, cornetes eutróficos, cambios postquirúrgicos por CEF previa, meato medio libre sin lesiones, no hay descarga patológica, techo nasal de apariencia normal, no poliposis FNI: Septo funcional, cornetes eutróficos, cambios postquirúrgicos por CEF previa, meato medio libre sin lesiones, no hay descarga patológica, techo nasal de apariencia normal. NASOFARINGE: Rodetes tubáricos libres, fosita de Rosenmüller sin lesiones, pared posterior sin lesiones. LARINGE: ORO E HIPOFARINGE: Amígdalas palatinas apariencia normal, amígdalas linguales normales vallecúlas sin lesiones, senos piriformes libres. LARINGE GENERAL: SUPRAGLOTIS: Epiglotis de apariencia normal sin lesiones macroscópicas, repliegues arriepiglóticos normales con eritema, no hay obliteración ventricular. GLOTIS: no se identifican lesiones subepiteliales susceptibles a visualización por este método, no hay hipertrofia de comisura posterior. La movilidad es normal bilateral logrando un cierre glótico completo. Tejido de granulación ausente. Hay presencia de moco adherente SUBGLOTIS: Lo visualizado por este método es de apariencia normal. No hay edema subglótico. MUESTRA TOMADAS: DX ENDOSCOPICO: 1. Cambios postquirúrgicos por CEF Previa 2. No evidencia de polipos nasales 3. laringe sin lesiones EN CALIDAD DE VIDA COMO OLFATO Y CON UN SNOT 22 DE 23 (EL PREVIO ERA DE 50), SIENTE QUE VA MUY BIEN, SUS SINTOMAS NASOSINUSALES MEJORARON SUSTANCIALMENTE TRAS EL INICIO DEL BIOLÓGICO, TIENE IGE POR IEA 49.47 Y EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL mas de 100. CUMPLE 3 DE 5 CRITERIOS PARA UTILIZAR BIOLÓGICO EN PACIENTE CON RINOSINUSITIS CON POLIPOSIS Y ASMA. SE BENEFICIA DE UTILIZAR BIOLÓGICO PARA MANEJO DE SU ENFERMEDAD, SE ENVIA DUPILUMAB AMPOLLAS DE 300 MG/2 ML (150MG/ML) SOLUCION INYECTABLE, JERINGA PRELLENADA, PARA APLICAR SUBCUTANEA A DOSIS DE 300 MG DE DUPILUMAB CADA 14 DIAS SUBCUTANEO POR 3 MESES (TOTAL DE 6 JERINGAS PRELLENADAS), INICIALMENTE SE ENVIA POR 3 MESES Y SE HARA CONTROL SI HAY mejoría en parámetros se continuara por mas tiempo. COMENTA QUE SI LE ESTÁN ENTREGANDO EL BIOLÓGICO ESTA UTILIZANDO FLUTICASONA NASAL, MONTELUKAST, FEXOFENADINA (2 AL DIA). NO CRISIS DE ASMA. PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, REQUIERE CONTINUAR USO DE SUS MEDICAMENTOS HABITUALES, TIENE DEMOSTRADA UNA INFLAMACION TIPO II POR LO CUAL SIGUE EXCELENTE CANDIDATA MANEJO CON DUPILUMAB. ADICIONALMENTE REFIERE TINNITUS TIPO CASACA INTERMITENTE BILATERAL NO PULSATIL, SOLICITO AUDIOLOGICOS Y CITA CON RESULTADO

Impresión Diagnóstica	CIE10	Descripción
Dx Principal	J33.0	POLIPO DE LA CAVIDAD NASAL
Dx relacionado1	J32.8	OTRAS SINUSITIS CRONICAS
Dx relacionado2		

TRAMITE INTERNO
FECHA: 29/01/2025
FIRMA: [Firma]

23 MAY 2025
23554261

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita	PEREZ VILLEGAS DIANA PATRICIA	Telefono	
Cargo Actividad	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Indicativo	Numero Extension

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

reportes vencidos



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: 2026033133245291 - NUMERO DE AUTORIZACION: 33245291

FECHA Y HORA : 2026-03-31-08:19

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900604350	Codigo	EPS040
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento		Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI		890905177	
Código	050010608601	Telefono 1	3205970178	Tipo	Telefono Movil
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6044447192	Tipo	Telefono Fijo
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		

DATOS DEL PACIENTE

MONTROYA		MARULANDA		MARTHA		ELENA		
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		32110598		Fecha de nacimiento	1984-02-23	
Dirección de Residencia Habitual		ANDES ANTIOQUIA					Teléfono	6048417348
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	ANDES			
Teléfono celular	3117205878		Correo electrónico	juantati_1984@hotmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	Nivel 1		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	otorrinolaringología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	J330 - Polipo de la cavidad nasal	
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					
890382	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA					
Observación	sopoprtes del 24/09/2025 renovacion en nua 29669120						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		26209738			Fecha y hora de solicitud		2026-03-31-08:17

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:			730	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora	✓	Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago		Exento cobro		5000.00
Tope máximo copagos		Motivo Exento		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad		
mmunozhe (MARCELA MIYERET MUNOZ HENAO)		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	2026-09-27
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683		