

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 24057535	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2024-01-29		HORA: 09:07	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		CODIGO EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento		Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI		890905177
Código	050010608601		Teléfono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	6045906901	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
CORDOBA		SOSA		ANIBAL DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre 2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70320806		Fecha de nacimiento 1959-05-17
Dirección de Residencia Habitual			Teléfono	6045700772	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	GIRAROTA	
Teléfono celular	3217354415	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		19502157		Fecha	2024-01-29 Hora 09:07
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:				617	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0	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. 4		AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		NUMERO DE AUTORIZACION: 24957817	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		FECHA: 2024-01-29		HORA: 09:19	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				EPSS40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				CODIGO	
ESE HOSPITAL LA MARIA				EPSS40	
Código	050010608601			Tipo Documento	Número documento
Correo	agendate@lamaria.gov.co			NI	890905177
Dirección				Telefono 1	3187159640
CALLE 92EE N 67-61				Telefono 2	6045906901
Departamento	ANTIOQUIA			MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
1er Apellido		SOSA		ANIBAL	
2do Apellido		DE JESUS		70320806	
Tipo Documento De identificación		Número documento de identificación		Fecha de nacimiento	
CC		70320806		1959-05-17	
Dirección de Residencia Habitual		SD PORTACHUELO		Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		6045700772	
Teléfono celular		3217354415		Municipio	
Correo electrónico		GIRARDOTA			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio	Urología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata
Manejo Integral según Guía de				Cama	
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
573201	1	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL			
Observación					
Autorizado fs 18-01-2024					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN					
19502157					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				Fecha	2024-01-29
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				Hora	09:07
Recaudo del prestador:				617	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	✓ Exento cobro	34367		10 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad	
dchavezb (DAYNNYS YURANI CHAVEZ BARRIOS)				AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas				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



INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1

Telefono: 098 4447192

Direccion: CALLE 92 EE # 67-61

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: MEDELLIN

Indicativo: 0 0 1

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

Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: CORDOBA

2do Apellido: SOSA

1er Nombre: ANIBAL

2do Nombre: DE JESUS

Tipo Documento de identificacion

Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☐ Cedula de ciudadanía ☒ Menor sin identificacion ☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identifiacio ☐

Direccion de Residencia Habitual: GIRARDOTA

Fecha de nacimiento: 1 7 / 0 5 / 1 9 5 9

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: GIRARDOTA

Telefono Celular: 3 2 1 2 0 4 3 3 9 5

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 ☐ Urgencias ☐ Hospitalización Servicio CONSULTA EXTERNA

Manejo Integral segun Guia de: Consulta_Externa Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 9 4	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
5 7 3 2 0 1	1	CISTOSCOPIA TERAPEUTICA PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA, LAVADO VESICAL, CATETERISMO Y/O CALIBRACION URETERA

Justificación Clínica: P/ disfuncion miccional, requiere terapia combinada para control de hiperplasia de prostata, dutasteride/tamsulosina 0.5/0.4mg dia, formula x 90 unidades para 90 dias, medicamento pbs. Instrucciones de higiene miccional. Por volumetria prostática y hallazgos ecograficos requiere ampliar estudios para HPB por lo que se solicita cistoscopia y claibración uretral, cita de control x urologia en 3 meses con resultado. Explico, dice entender y aceptar.

Impresion Diagnostica

Dx Principal: N 4 0 X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Dx relacionado1:

Dx relacionado2:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: ARISTIZABAL ARIAS HERNAN DARIO

Cargo Actividad: UROLOGIA

Telefono: 4447192

Indicativo: 0 0 1

Numero: 4447192

Extension:

Hernán D. Aristizabal

C.C. 4472.572

Dr. HERNAN D. ARISTIZABAL A.

Urólogo

ARISTIZABAL ARIAS HERNAN DARIO

TRÁMITE INTERNO

FECHA: 18/01/2017

FIRMA:

HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente ANIBAL DE JESUS CORDOBA SOSA
Edad 64 Años / 8 Meses / 2 Dias Sexo Masculino
Fecha Nacimiento 17/05/1959
Cama
Area CONSULTA EXTERNA
Dirección GIRARDOTA

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA
Nombre Acudiente SALUD EPS
Nombre Acompañante sin acompaante
FOLIO N° 6

Tipo Doc Cédula Ciudadanía DOCUMENTO 70320806
Estado Civil Casado
Teléfono 3212043395
Fecha Ingreso 18/01/2024 7:37:33 a. m.

Ingreso 992627
Regimen Subsidiado

Estrato SUBSIDIADO NIVEL 2 2024

Parentesco

18/01/2024 9:53 a. m.

Telefono
Telefono
FECHA GRABACIÓN DE FOLIO
MOTIVO DE LA CONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

UROLOGIA
64 años
Residente en Girardota

AP: HTA, HPB Fármacos: HCTZ 25x1, lovastatina 40x1, losartan 50x2, amlodipino 10x1, clonidina 0.15x1, dutasterida/tamsulosina 05/0.4x1 AQx: niega
Alérgicos: niega Tóxicos: extabaquismo (suspendió hace 10 años), licor ocasional Hábitos: café x3-4, agua abundante
EA: Refiere AP de HPB en manejo dual hace 4 años, refiere estar satisfecho con patron miccional, chorro grueso, intermitencia ocasional, FU diurna x3-4,
nocturia x0-2, urgencia, pujo ocasional. Niega urgeincontineica, tenesmo vesical, hematuria, RAO, ITU. Niega estreñimiento.

TIPO	FECHA	ANTECEDENTES	OBSERVACIONES
Médicos	09/01/2024	patologicos: HTA, HPB Alérgicos: no Quirurgicos: No	

	No Evalua	
Cabeza y Sentidos :	No Evalua	
Torax/Cardio/Pulmonar :	No Evalua	
Abdomen :	No Evalua	
Genito - Urinario :	Anormal	LUTS
Músculo - Esquelético :	No Evalua	
Neurológico :	No Evalua	
Piel y Faneras :	No Evalua	

REVISION POR SISTEMAS

EXAMEN FISICO									
Signos Vitales	TA : 120 / 80 mm Hg	TAM : 93 mm Hg	FC : x min	FR : x min	Dolor	No	Temperatura : 0,0 °C		
Glucometria	☐ (mg/dl	S02 ☐ %	FI02 ☐ %	Perfusion < 2	seg	Estado de Conciencia :	Alerta		
Peso	Talla	IMC :	PVC : ☐	mmH2O					
Cabeza y Sentidos :									
Cuello :									
Cardio-Pulmonar-Vascular :									
Abdomen : Abdomen blando, no doloroso, sin globo vesical									
Genito - Urinario :									
Músculo - Esquelético :									
Neurológico :									
Piel y Faneras :									

ANÁLISIS :

P/ disfuncion miccional, requiere terapia combinada para control de hiperplasia de prostata, dutasteride/tamsulosina 0.5/0.4mg dia, formula x 90 unidades para 90 dias, medicamento pbs. Instrucciones de higiene miccional. Por volumetria prostática y hallazgos ecograficos requiere ampliar estudios para HPB por lo que se solicita cistoscopia y claustración uretral, cita de control x urologia en 3 meses con resultado. Explico, dice entender y aceptar.
PSA: Ene 2024: 4.51
**Enero 2024 Eco prostata transabdominal: Prostata de 179cc, IPP 42mm, vejiga distendida de paredes engrosadas, volumen premidccioal 374cc, RPM 325cc
Ver

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

Recomendaciones-Informacion y educacion al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD NOMBRE
N40X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

OBSERVACIONES

PRINCIPAL ☒ TIPO Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 18/01/2024 09:54

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

Usuario: 4472572

Copia 1

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **ANIBAL DE JESUS CORDOBA SOSA**

Cama **Area CONSULTA EXTERNA**

FOLIO N° 6

DOCUMENTO / HISTORIA

70320806

Ingreso 992627

Fecha Ingreso 18/01/2024 7:37

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

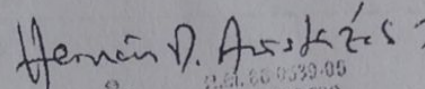
18/01/24 9:53 a. m.

PLAN DE TRATAMIENTO

OBSERVACION

CANTIDAD NOMBRE
90 DUTASTERIDA 0.5 MG + TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA (R)

dutasteride/tamsulosina 0.5/0.4mg dia, formula x 90 unidades para 90 días, medicamento pbs.


C.C. 4472572
Dr. HERNAN D. ARISTIZABAL
Urologo

Profesional: ARISTIZABAL ARIAS HERNAN DARIO

R. M. : 86539-05

UROLOGIA