



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 4 0 3 1 3 0 1 5 3

FECHA:

2 0 2 4 / 0 3 / 1 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 6 : 5 3

|                                  |         |                         |                               |
|----------------------------------|---------|-------------------------|-------------------------------|
| Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA | NIT     | X                       | 8 9 0 9 0 5 1 7 7             |
| Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1  | CC      |                         | 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 |
| ARIAS        |              | AICARDO    | EMIGDIO    |

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

|                                               |                                                |                                                          |                                                   |                   |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro civil       | <input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria | <input checked="" type="checkbox"/> Cedula de ciudadania | <input type="checkbox"/> Menor sin identificacion | 8 4 1 0 6 1 2     |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad | <input type="checkbox"/> Pasaporte             | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificacio        | Fecha de nacimiento:                              | 1 / 1 1 / 1 9 4 7 |

Direccion de Residencia Habitual: ROBLEDO BELLO HORIZONTE

Telefono: 3 0 1 6 8 9 3 4 9 0

Departamento: ANTIOQUIA

0 5 Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono Celular: 3 0 1 6 8 9 3 4 9 0 Correo Electronico: sincorreos@sindominio.com

|                    |                                                              |                                                                  |                                                                  |                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Cobertura en salud | <input type="checkbox"/> Regimen Contributivo                | <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado Parcial              | <input type="checkbox"/> Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazados |
|                    | <input checked="" type="checkbox"/> Regimen subsidiado-Total | <input type="checkbox"/> Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan Adicional de Salud                 | <input type="checkbox"/> Otros       |

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion

|                                                        |                                                |                                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo  | <input type="checkbox"/> Evento Catastrofico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional        | <input type="checkbox"/> Accidente de Transito |                                              |

Tipo de servicio Solicitado

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Posterior a la atencion de Urgencias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivo        |

Prioridad de la Atencion

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria |
| <input type="checkbox"/> No Prioritaria         |

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Consulta Externa

|                                           |                                    |                                          |                           |
|-------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Hospitalizacion | Servicio CONSULTA EXTERNA |
|-------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

| Codigo CUPS | Cantidad | Descripción                                                               |
|-------------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| 8 9 0 3 6 6 | 1        | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA |
| 8 7 9 3 0 1 | 1        | TOMOGRÁFIA COMPUTADA DE TÓRAX                                             |
| 8 9 5 0 0 1 | 1        | MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)                          |
| 9 0 3 8 6 6 | 1        | TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]               |
| 9 0 3 8 6 7 | 1        | TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]          |
| 9 0 3 8 9 5 | 1        | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS                                       |

Justificación Clínica: PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, SIN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, AHORA CON TRATAMIENTO TB PULMONAR, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICO RESPIRATORIO, SIN SRIS, ESTA CON TRATAMIENTO SUPERVISADO, EXTABAQUISMO HASTA HACE 20 AÑOS IPA 25, AHORA ANTECEDENTE DE HERPES ZOSTER TRATAMIENTO CMPT SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO TIENE DOLOR NEUROPÁTICO 6/10 RESULTADOS ECO TT FEVI 79%, FUNCION SISTOLICA NORMAL, DIFUNCION DIASTOLICA RELAJACION, CAMBIO EDAD NO HT PULMONAR HEMOGRAMA SIN CITOPENIAS, BACILOSCOPIA NEGATIVA ALT 15 AST 22 BILIRRUBINAS NORMALES ACID URICO 4.5 CREATININA 1.0 PACIENTE PARA SEGUIMIENTO TO CONTROL EN 4 MESES NABORAOTIOS CONTINUA SEGUIMIENTO IPS PRIMARIA HOLTER, TAC CONTRASTADO TORAX PLAN CONTROL EN 6 MESES TAC CONTRASTADO HOLTER LABORAOTIOS

Impresion Diagnostica

CIE10

Dx Principal

J 4 4 1

Descripción

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MARIN VALENCIA SANTIAGO JAVIER

Telefono

Cargo Actividad MEDICINA INTERNA

Indicativo

Numero

Extension

TRÁMITE INTERNO



FECHA: 13-03-24

FIRMA:

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente **AICARDO EMIGDIO ARIAS** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 8410612**  
Edad **76 Años / 4 Meses / 11 Días** Sexo **Masculino** Estado Civil **Soltero**  
Fecha Nacimiento **01/11/1947** Dirección **ROBLEDO BELLO HORIZONTE** Teléfono **3148390196**  
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1048465** Fecha Ingreso **13/03/2024 2:55:24 p. m.**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad **COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2024**  
Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco **ligia-sobrina**  
Nombre Acompañante **Telefono**  
FOLIO N° 30 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 13/03/2024 4:55 p. m.**

**CONTROL**

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, SIN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, AHORA CON TRTAMIENTO TB PULMONAR, EN EL MOMENTO ASITOMATICO RESPIRATORIOS, SIN SRIS, ESTA CON TRTAMIENTO SUPERVISADO, EXTABAQUISMO HASTA HACE 20 AÑOS IPA 25, AHORA ANTECEDENTE DE HERPES ZOSTER TRTAMIENTO CMPT SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO TIENE DOLOR NEUROPATICO 6/10 RESULTADOS ECO TT FEVI 79%, FUNCION SISTOLICA NORMAL, DIFUNCION DIASTOLICA RELAJACION, CAMBISO EDAD NO HT PULMONAR HEMOGRAMA SIN CITOPENIAS, BACILOSCOPIA NEGATIVA ALT 15 AST 22 BILIRRUBINAS NORMALES ACID URICO 4.5 CERATININA 1.0 PACIENTE PARA SEGUIMIE TO OCNTROL EN 4 EMSES NABORAOTIOS CONTINUA SGUIMIENTO IPS PRIMARIA HOLTER, TAC CONTRSATADO TORAX

**ANTECEDENTES**

| TIPO        | FECHA      | OBSERVACIONES                                          |
|-------------|------------|--------------------------------------------------------|
| Médicos     | 07/09/2023 | Niega                                                  |
| Alérgicos   | 07/09/2023 | Niega                                                  |
| Quirúrgicos | 07/09/2023 | Niega                                                  |
| Médicos     | 31/10/2023 | Antecedentes: -Patológicos: herpes zoster hace 1 mes   |
| Quirúrgicos | 31/10/2023 | -Toxicológicos: ex fumador pesado, Hasta hace 40 años, |
| Médicos     | 13/03/2024 | EXTABAQUISTA IPA 25, EPOC, TRTAMIENTO TB ACTUALMENTE   |

**ANTECEDENTES**

| TIPO    | FECHA      | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---------------|
| Tóxicos | 07/09/2023 | Ninguno Niega |

**REVISION POR SISTEMAS**

Cabeza y Sentidos: Normal  
Torax/Cardio/Pulmonar: Normal  
Abdomen: Normal  
Genito - Urinario: Normal  
Músculo - Esquelético: Normal  
Neurológico: Normal  
Piel y Faneras: Normal

**EXAMEN FISICO**

Signos Vitales  
TA: 120 / 80 mm Hg TAM: 93 mm Hg FC: 80 x min FR: 18 x min Dolor No Temperatura: 36,0 °C  
Glucometria ☐ ( mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion <2 seg Estado de Conciencia: Alerta  
Peso 44 Kgs Talla 156 Cms IMC: 18,08 PVC: ☐ mmH2O

Estado General: BUENE ETSAFO GENERAL

Cabeza y Sentidos:

NORNOCFLO, PINR

Cuello:

CUELLO MOVISL SIN INGURGITACION YGULAR  
CAMPOS PULMPONARE HIPVENTILACION GEMERALIZADA

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

SIN MASAS NI EGLAS SIN DOLOR

Genito - Urinario:

SIN ALTERACIEOSN

Músculo - Esquelético:

SON ALTERACIEOSN

Neurológico:

SIN FOCALIXACIEOSN

Piel y Faneras:

4/7/24, 8:43

ListReferenciaAmbulatoria

|         |                |                       |                       |                                                                                    |                                                           |                              |
|---------|----------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1071527 | 01 / 04 / 2024 | AICARDO EMIGDIO ARIAS | 8410612               | 390366 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 0500106086 - E.S.E. HOSPITAL LA MARIA                     | Per asignación de cita       |
| casos   | 1071551        | 01 / 04 / 2024        | AICARDO EMIGDIO ARIAS | 8410612                                                                            | 879301 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX                    | 0500106086 - E.S.E. HOSPITAL |
|         | 1071584        | 01 / 04 / 2024        | AICARDO EMIGDIO ARIAS | 8410612                                                                            | 895001 - MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER) |                              |

Telefono - 604 5906901  
opc- 2 H 7

3235103625-  
Don Ricardo

## CERTIFICACIÓN DE PORTABILIDAD

### A QUIEN INTERESE

Para su información se adjuntan datos donde se certifica que el afiliado relacionado a continuación:

| TIPO DOCUMENTO       | NUMERO DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS   |
|----------------------|------------------|-----------------------|
| Cédula de ciudadanía | 8410612          | AICARDO EMIGDIO ARIAS |

A través de esta certificación confirmamos que el usuario gestionó su solicitud de Portabilidad con el número: **05001-00077344-PO** por emigración para el municipio de: **ANTIOQUIA- MEDELLIN** la cual fue tramitada y su estado es **APROBADA**.

La IPS asignada para la atención de Servicios de Primer nivel y todos los contemplados dentro del plan de beneficios:

NIT: 890905177

NOMBRE IPS: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

DIRECCIÓN IPS: CL 92EE # 67-61

TELÉFONOS:

CORREO ELECTRÓNICO: [PORVERIFICAR@SEDEIPS.COM](mailto:PORVERIFICAR@SEDEIPS.COM)

### VIGENCIA

La portabilidad tipo: **EMIGRACIÓN TEMPORAL**, fue solicitada por periodo de **11 MESES** a partir del **2024-01-11 HASTA EL 2024-12-11**. Esta podrá finalizarse en cualquier momento a voluntad del afiliado por ocasión de cambio definitivo de lugar de residencia o en caso de traslado de **COOSALUD EPS** a otra EPS y quede registrado ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

Es importante mantener sus datos de contacto actualizados, con el fin de informar novedades acerca del estado de su solicitud.

### PARA TENER EN CUENTA

El día de finalización de la portabilidad se iniciará el trámite para su terminación. Si se requiere concluir antes de esa fecha o en caso de cualquier inquietud, puede comunicarse desde un teléfono fijo a la línea gratuita de atención nacional **018000515611**, o desde un celular al **#922**. También puedes escribir al correo electrónico [portabilidad@coosalud.com](mailto:portabilidad@coosalud.com); "especificando en el asunto: Departamento donde registra portabilidad/ tipo y número documento".

Cordialmente,

Subdirección Aseguramiento-Sucursal



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 8.410.612

ARIAS

APELLIDOS

AICARDO EMIGDIO

NOMBRES

*Aicardo E. Arias*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1947

PEQUE  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

A+  
G.S. RH

M  
SEXO

13-MAY-1969 DABEIBA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0110900-00207454-M-0008410612-20100105

0019600783A 1

29664372