

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD



CONSECUTIVO: W93 107409 NUMERO DE AUTORIZACION: Fecha: Feb.13/2026 Hora: 23:49

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN LORENZO - LIBORINA		
Código:	054110157901	Nit:	890.982.139-7
Dirección:	CR 13 6-21		
Teléfono:	8561826	Fax:	8561086
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	
Municipio:	LIBORINA	Código:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	VILLA	2do. Apellido:	OLIVEROS
1er Nombre:	CAROLINA	2do. Nombre:	
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento:	1.039.625.156
Fecha de Nacimiento:	Sep.27/1996	Edad:	29 Años
Dirección Residencia:	VEREDA CRISTOBAL MUNICIPIO DE LIBORINA ANTIOQUIA	Sexo:	FEMENINO
Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono:	3165808607
Municipio:	LIBORINA	Código:	05
Dirección Alternativa:		Código:	411
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0	E-Mail:	Sin Dato
		Tipo de Pago:	CUOTA MODERADORA

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	POSTERIOR A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	URGENCIAS		
Manejo Integral Segn Guía:	NEUROLOGIA	Modalidad:	01-Intramural

Seq	Codigo CUPS / IUM	Cantidad	Grupo de Servicio	Descripción
1	90202	1	NO INDICADO	+CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (305)
2	879111	1	NO INDICADO	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Justificación Clínica: Paciente femenina de 29 años, con antecedente de migraña, sin seguimiento médico por neurología hace más de 1 año, quien es traído al servicio de urgencias por amigos quienes indican que paciente llamo e indico que estaba muy mal, llegaron a su casa y encontraron paciente en el piso motivo por el traen inmediatamente al servicio. Se ingreso inmediatamente paciente a sala de reanimación, se intento contacto verbal el cual respondió de manera inmediata, refiere cuadro de cefalea hemisferica izquierda tipo pulsátil 10/10 intensidad la cual ha venido aumentando, inicio aproximadamente a las 16:00 horas asociado a nauseas, fotofobia, sonofia y nauseas, no episodios eméticos, mismos cuadros que ha presentado en previas ocasiones, posterior refiere sensación de hemiparesia en hemisfero izquierdo y sensación de debilidad generalizada. A la revaloración paciente estable hemodinamicamente, afebril, neurológico sin déficit, ni focalización, sin signos meníngeos, sin disartria, sin desviación de comisura labial, sin ataxia, ni alteración neurosensible, fuerza adecuada en los 4 segmentos corporales, sensibilidad conservada, Glasgow 15/15, no otros hallazgos; en el momento con resolución de síntomas en su totalidad, no cefalea, no síntomas vasovagales, no alteraciones sensitivas y/o motoras, no otros hallazgos; ante resolución de cuadro doy egreso con formula médica, orden de TAC simple de cráneo y valoración con neurología con resultado. Se dan claras recomendaciones para manejo en casa así como signos de alarma para consultar nuevamente al servicio. Se explica conducta a paciente, entiende y acepta.

Diagnostico principal: G431-MIGRANA CON AURA [MIGRANA CLASICA]
Diagnostico relacionado 1: ** NO PRESENTA **
Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA **

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	ESPINEL BUENO ESTEFANIA	Teléfono:	8561826
Registro Medico:	1152226884	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL TC		

Firma

Estefania Espinel Bueno



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: 2026021632738292 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32738292

FECHA Y HORA : 2026-02-16-01:33

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO						
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	NR	900604350	Código	EP5540	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre			Tipo Documento	Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177		
Código	050010608601	Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Movil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección						
Calle 92EE # 67 - 61						
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE						
VILLA	OLVEROS	CAROLINA				
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	1039625156		Fecha de nacimiento	1995-09-27
Dirección de Residencia Habitual			CL 100 #2 27		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	LIBORINA			
Teléfono celular	3207047138	Correo electrónico	caro.999hk@gmail.com			
Dirección alternativa			Nivel	No Aplica		
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	G431 - Migraña con aura [migraña clásica]			
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				
890274	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA				
Observación	ANEXO DEL 13/02/2026					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25828595	Fecha y hora de solicitud	2026-02-16-01:31			
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:			740	Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:						
Aplica cobro: NO						
Cuota moderadora	Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %			
Copago	Exento cobro	0.00	0.00 %			
Topo máximo copagos	0	Motivo Exento	Exonerado de copago por tipo pago de tecnología			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
maraqeg (MARIANA ARAQUE GONZALEZ)			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	Fecha fin autorización	2026-08-15		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Copia 1