

3206204714 - 3143952515



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: 2025101631393001 - NUMERO DE AUTORIZACION: 31393001

FECHA Y HORA : 2025-10-16-01:44

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S A S	NIT	800604350	Código	EPSS40
---------	--------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

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

DATOS DEL PACIENTE

GIRALDO		RAMIREZ		MARTHA		SONNIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	42840648		Fecha de nacimiento	1966-09-06	
Dirección de Residencia Habitual		AV 11 VEREDA LA HELIDA				Teléfono	
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	PEÑOL			
Teléfono celular	3124832436	Correo electrónico					
Dirección alternativa				Nivel	Nivel 1		

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	C20X - Tumor maligno del recto		
Manejo integral según Guía de				Consulta externa			
Grupo de servicios				Consultas externas			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
053206	1	NEUROLISIS DE NERVIOS SIMPATICO UNICO					
Observación	Soportes 25 de Sep./ 2025 -						
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	24851538		Fecha y hora de solicitud	2025-10-16-11:40			

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:		758	Reclamo de tickete, 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	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
zaraques (ZULEY ANDREA ARAQUE SALINAS)		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
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

Código: GFC-F010

Versión: 06

Fecha: 2/05/2025

DEVOLUCIÓN DE FÓRMULAS Y/O ORDEN DE SERVICIO



NOMBRE DEL USUARIO	MARTA SONNIA GIRALDO RAMIREZ		
No. IDENTIFICACIÓN	CC 428 406 48	IPS PRESCRIPTORA	
TELEFONO DEL USUARIO	FECHA		
	DIA: 24 MES: 09 AÑO: 25		
SERVICIO FARMACÉUTICO	ST COHAN RIONEGRO		

ENTIDAD: CLINICA NEDELLW

La orden de servicio y/o fórmula médica ha sido rechazada por las siguientes razones:

Razones Administrativas:

<input type="checkbox"/>	Medicamento no está direccionado en la página del ministerio
<input checked="" type="checkbox"/>	Medicamento no está direccionado por la E.P.S
<input type="checkbox"/>	Medicamento no está relacionado al contrato de la E.P.S
<input type="checkbox"/>	Alerta de dispensación: según las condiciones técnicas se adjunta carta de intervención.
<input type="checkbox"/>	Medicamento requiere fórmula MIPRES.
<input type="checkbox"/>	Otros:

Datos técnicos de la formulación. Fórmula médica no cumple con lo establecido según el Decreto 780/2016:

<input type="checkbox"/>	Fórmula sin firma y registro del médico prescriptor
<input type="checkbox"/>	El medicamento está prescrito en nombre comercial
<input type="checkbox"/>	Nombre, apellidos y/o documento de identidad del paciente no corresponde a la fórmula médica
<input type="checkbox"/>	La cantidad del medicamento no concuerda con la dosificación del medicamento o con la cantidad necesaria para el tiempo de tratamiento la cual es:
<input type="checkbox"/>	No se especifica pauta, posología, dosis o cantidad del medicamento
<input type="checkbox"/>	La concentración prescrita no coincide con la presentación del medicamento
<input type="checkbox"/>	Otros:

Tecnología con novedad Agotado _____ Desabastecido Alerta Invima _____

Nombre del medicamento/dispositivo medico Losopredol + hidroclotiazol C.

Observaciones:

Aprueba: _____

Deissy Z.M.
Auxiliar de Farmacia

Clínica

Medellín

Quirónsalud

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: GIRALDO RAMIREZ, MARTHA SONNIA, Identificado(a) con CC-42840648			
Edad y Género: 59 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO		Nombre de la Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA OCCIDENTE/CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE		Habitación:	Identificador Único: 12461323-1

Diagnóstico: C20X: TUMOR MALIGNO DEL RECTO

MEDICAMENTOS				
Fecha de Inicio	Medicamento Generico	Justificación / Observaciones	Posologia	Cantidad prescrita (Números/Letras)
25/09/2025 13:56	Acetaminofen Tableta 500 mg		500 MILIGRAMO(S), ORAL, CADA 6 HORAS, por 180 DIAS	720 / setecientos veinte, TABLETA(S)
25/09/2025 13:57	Pregabalina Capsula 50 mg		1 CAPSULA(S), ORAL, CADA 8 HORAS, por 180 DIAS	540 / quinientos cuarenta, CAPSULA (S)
25/09/2025 13:57	Hioscina butil bromuro Tableta 10 mg		1 TABLETA(S), ORAL, CADA 8 HORAS, por 180 DIAS	540 / quinientos cuarenta, TABLETA(S)
25/09/2025 13:58	Lidoprocto Unguento (Lidocaina 5g+Hidrocortisona 0.28g/100g) Tubo x 10 g		1 TUBO(S), TOPICO, CADA 15 DIAS, por 180 DIAS	12 / doce, TUBO(S)

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: MELINA GONZALEZ DIAZ GRANADOS, DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Registro: 1152439581, (CC) CEDULA DE CIUDADANIA, 1152439581

Firmado Electrónicamente

CLINICA MEDELLIN S.A.S.

Dirección: Carrera 65B No. 30 - 95 - Telefono:444 61 52 - 402 09 90 MEDELLIN - CO - Web: www.clinicamedellin.com

29 SEP 2025

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 42840648	
Paciente: MARTHA SONNIA GIRALDO RAMIREZ	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/09/1966	
Edad y Sexo Bi 59 Años, Femenino	
Identificador único: 12461323	Responsable: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS
Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE	Cama:
Servicio: CONSULTA EXTERNA OCCIDENTE	

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 25/09/2025 13:49 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE - Servicio: NO INVASIVOS OCCIDENTE

Consulta médica - Apoyo - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Primera vez

Finalidad: Otra

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones del paciente: Paciente Cronico

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Cita de primera vez

Enfermedad actual: Paciente de 59 años, residente en el Peñol, vereda la Helida, vive con hijos y nietos, asiste con su hija.

Diagnosticos:

-Recto inferior estadio rT4a-bN0M0 estadio IIIB de AJCC 8 ed. confirmacion diagnostica agosto de 2025.

*Pendiente inicio de QT/RT

Antecedentes:

-Patológicos: Niega.

-Quirúrgicos: Peritonitis por apendicitis perforada hace 33 años.

-Alergicos: Niega

-Tóxicos: Cocina con leña, tabaco y licor niega.

-Farmacológicos: No.

Estudios:

06/09/2025 RMN de pelvis - SOMER: Masa rectal que compromete las fibras mas superiores del esfinter anal interno, se extiende al espacio interesfinteriano y compromete las fibras del músculo ileocoxigeo del lado derecho. Extadio IV en la clasificación de Shihab. No se detectaron adenomegalias pelvicas ni perirrectales. No hay signos de compromiso tumoral o metastasico ene el recto de lo bvalorable del abdomen y pélvis. +

Quistes hepáticos de aspecto simple comohallazgo benigno e incidental.

01/05/2025 TAC de tórax: Granuloma calcificado en el segmeto posterior del lóbulo superior dercho.

01/08/2025 TAC de abdome y pelvis: Quistes simples hepáticos, Masa anal de aspecto neoplasico, sólida, heterogenea, de 25 x 23x19 mm, disminuye parcialmente la luz. Ateromatosis aortoiliaca, Hernia paraumbilicalderecha.

Subjetivo:

Paciente refiere presencia de dolor abdominal tipo colico en mesogastrio ENA 6/10, no toma analgesicos, ademas dolor en region rectal

urente ENA 7/10 en crisis. Sangrado rectal. Buen patron del sueño.

Buen apetito.

Objetivo:

Paciente en aceptables condiciones generales, alerta, orientado

Mucosas humedas

Torax simetrico

Abdomen blando depresible

Extremidades simetricas

IK:

REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMA DIGESTIVO: Descrito

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 120/70, Presión arterial media(mmhg): 86

Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 42840648	
Paciente: MARTHA SONNIA GIRALDO RAMIREZ	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/09/1966	
Edad y Sexo Bi 59 Años, Femenino	
Identificador único: 12461323	Responsable: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS
Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 1 OCCIDE	Cama:
Servicio: CONSULTA EXTERNA OCCIDENTE	

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Examen Físico:
Examen físico
Sistema digestivo : Descrito.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - C20X - TUMOR MALIGNO DEL RECTO, Origen: Primario, Fecha de diagnóstico: 02/09/2025, Edad al diagnóstico: 58 Años, R522 - OTRO DOLOR CRONICO, Fecha de diagnóstico: 25/09/2025, Edad al diagnóstico: 59 Años, M792 - NEURALGIA Y NEURITIS; NO ESPECIFICADAS, Fecha de diagnóstico: 25/09/2025, Edad al diagnóstico: 59 Años, R11X - NAUSEA Y VOMITO, Fecha de diagnóstico: 25/09/2025, Edad al diagnóstico: 59 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Consentimiento informado: No requiere

Análisis del caso: Paciente en la 6ta decada de la vida con diagnostico de recto inferior estadio rT4a-bN0M0 estadio IIIB de AJCC 8 ed. confirmacion diagnostica agosto de 2025. Pendiente inicio de QT/RT, cursa con dolor mixto oncologico. Se inicia analgesia multimodal. Se ordena neulolisis de ganglio impar e hipogastrico.
Plan de manejo: Se ajusta manejo sintomatico
Cita en 1 mes
Neulolisis ganglio impar/plexo hipogastrico.

Firmado por: MELINA GONZALEZ DIAZ GRANADOS, DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, Registro 1152439581, CC 1152439581, el 25/09/2025 13:53

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
25/09/2025 13:55

Neulolisis de nervio simpatico unico
Paciente con ca de recto , se ordena neusolisis de ganglio impar y de plexo hipogastrico superior guiado por fluorosocia de forma urgente ante dolor oncologico
Paciente con ca de recto , se ordena neusolisis de ganglio impar y de plexo hipogastrico superior guiado por fluorosocia de forma urgente ante dolor oncologico
Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
25/09/2025 13:55

Neulolisis de nervio simpatico unico
Paciente con ca de recto , se ordena neusolisis de ganglio impar y de plexo hipogastrico superior guiado por fluorosocia de forma urgente ante dolor oncologico
Paciente con ca de recto , se ordena neusolisis de ganglio impar y de plexo hipogastrico superior guiado por fluorosocia de forma urgente ante dolor oncologico
Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - INTERCONSULTAS
25/09/2025 13:56

Consulta de control o de seguimiento por especialista en dolor y cuidados paliativos
cita de revision en 1 mes
Ca de recto no atrasar
Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - M.GENERICOS
25/09/2025 13:56

Acetaminofen Tableta 500 mg
500 MILIGRAMO(S), ORAL, CADA 6 HORAS, por 180 DIAS
Estado: ORDENADO

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 25/09/2025 14:00:16