



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 2 0 8 2 5 7 3 7 4 FECHA: 2 0 2 2 / 0 8 / 2 5  
HORA: 8 : 4 7

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA NIT CC 8 9 0 9 0 5 1 7 7  
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1 Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61  
Telefono 098 4447192 Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 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	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
VERA	ECHEVERRI	JORGE	ELIECER

Tipo Documento de identificacion  
 Registro civil  Cedula de extranjeria  Cedula de ciudadanía  Menor sin identificacion  
 Tarjeta de identidad  Pasaporte  Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento: 1 9 5 0 / 0 9 / 1 2

Direccion de Residencia Habitual: LA PINTADA ANTIOQUIA VEREDA LA BOCONA Telefono: 3 1 2 2 0 1 4 4 1 7

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: SANTA BARBARA 6 7 9  
Telefono Celular: 3 1 2 2 0 1 4 4 1 7 Correo Electronico

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  Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Manejo Integral segun Guía de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 8 1 0 1	1	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA
9 0 2 0 4 5	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
9 0 2 0 4 9	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
6 0 1 1 0 1	1	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL
8 8 1 5 0 2	1	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL
8 9 0 3 9 4	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Justificación Clínica: PACIENTE CON SONDA DESDE HACE 2 AÑOS CON SONDA, CON PSA ELEVADO. SE ENVIA A BIOPSIA DE PROSTATA Y CITA CON RESULTADO.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripción  
 Dx Principal N 4 0 X HIPERPLASIA DE LA PROSTATA  
 Dx relacionado1  
 Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita VASQUEZ VASQUEZ ARTURO FERNANDO Telefono  
 Cargo Actividad UROLOGIA Indicativo Numero Extension  
 Celular  
 Telefono: 4447192

**Arturo Vasquez**  
UROLOGIA  
Universidad de Antioquia  
C.C. 73.192.149  
VASQUEZ VASQUEZ ARTURO FERNANDO

TRÁMITE INTERNO  
 HOSPITAL LA MARÍA  
 FECHA: 2008  
 FIRMA:

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** JORGE ELIECER VERA ECHEVERRI **DOCUMENTO / HISTORIA** 4531292  
**Edad** 71 Años / 11 Meses / 12 Dí **Sexo** Masculino **Estado Civil** Separado  
**Fecha Nacimiento** 12/09/1950 **Dirección** LA PINTADA ANTIOQUIA VEREDA LA BOCONA **Teléfono** 3122014417/3024683977  
**Cama** **Area** CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 506337 **Fecha Ingreso** 25/08/2022 8:12:57 a. m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA **Regimen** Subsidiado **Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2022  
**Nombre Acudiente** **Telefono**  
**Nombre Acompañante** **Telefono**

**FOLIO N° 10** **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** 25 de agosto de 2022

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

" PORTADOR DE SONDA. "

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE PORTADOR DE SONDA DESDE HACE 2 AÑOS.  
 SE INTENTO MANEJO CON TAMSULOSINA Y RETIRO DE SONDA PERO PRESENTO RETENCION NUEVAMENTE.

**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	15/10/2020	hta, hpb

**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 / mm Hg TAM: 40 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

**Estado General:** BIEN.

**Cabeza y Sentidos :**

**Cuello :**

**Cardio-Pulmonar-Vascular :**

**Abdomen :**

**Genito - Urinario :**

TR: G IV FIBROADENOMATOSA.

**Músculo - Esquelético :**

**Neurológico :**

**Piel y Faneras :**

**ANALISIS:**

PACIENTE PORTADOR DE SONDA, CON PROSTATA FIBROSA, CON PSA EN AUMENTO. SE DECIDE REALZIAR BIOPSIA DE PROSTATA PREVIO A LA PROSTATECTOMIA DADO EL PSA EN AUMENTO.

**REPORTE DE AYUDAS**

07/07/2022: PSA: 11.58.

**DIAGNOSTICOS Y**

PSA jun 2021: 13.09

**LABORATORIO:**

\*\*abril 2021: cistoscopia la maria: uretra 17fr, heu IV, lobulo medio; vejiga pobremente valorada por volumetria prostatica. TR: prostata III, fibroadenomatosa.

\*\*diciembre 2020: ecografia: quistes simples renales izquierdos <12mm, no hidronefrosis, vejiga vacia, prostata 127cc.

**PLAN TERAPEUTICO :**

1. BIOPSIA TRANSRECTAL DE PROSTATA.
2. TP - TPT - HLG.
3. ECOGRAFIA TRANSRECTAL PARA BIOPSIA.
4. ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE MUESTRA.
5. CITA UROLOGIA CON RESULTADO.

**IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10**

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo



**NOMBRE:** JORGE ELIECER VERA ECHEVERRI  
**DOCUMENTO:** CC.4531292  
**EMPRESA:** E.S.E HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCU  
**DOCTOR:** PNR-ADSCRITO

**REFERENCIA:** 176107762  
**FECHA INGRESO:** 19.Oct.2022 15:52:36  
**SEDE:** SYNLAB CIUDAD DEL RIO  
**EDAD-SEXO:** 72 Años - Masculino

### COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	-----------------------

#### TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA -TTP-

TTP Paciente (Tiempo Parcial de Tromboplastina)	<b>36.4</b> Seg	23.6 - 34.8 Seg
Tiempo de Tromboplastina Control Normal	<b>30.8</b> Seg	

NOTA: Cambio de metodología a partir de 15 de Junio de 2018

*Técnica: Cronométrica*

#### TIEMPO DE PROTROMBINA -TP-

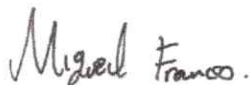
TIEMPO DE PROTROMBINA PACIENTE	<b>15.8</b> Seg	11.7 - 15.3 Seg
Tiempo de Protrombina Control Normal:	<b>13.8</b> Seg	

INR (International Normalized Ratio) **1.15**  
 Profilaxis de trombosis venosa profunda: 1.5 - 2.0 "  
 Profilaxis de tromboembolismo pulmonar: 2.0 - 2.5 "  
 Prótesis valvulares izquierdas: 2.5 - 3.0 "  
 Prótesis valvulares derechas: 3.0 - 4.0 "

NOTA: No se recomienda realizar seguimiento de los pacientes en laboratorios diferentes, ya que tanto los valores de ISI (Índice de Sensibilidad Internacional) de los reactivos empleado como los del control normal que son establecidos en cada institución, inciden de manera importante en los resultados de INR del paciente y su comparación puede mostrar diferencias clínicamente significativas, que no necesariamente reflejan la situación real del paciente.

NOTA: Cambio de metodología a partir de 15 de Junio de 2018

**Analizado por,**



**MIGUEL ANGEL FRANCO**  
**BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P.:**

*Copiado: UIA*

*Fecha de Validación: 19/Oct 2022 20:49*

*\*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

**NOMBRE:** JORGE ELIECER VERA ECHEVERRI  
**DOCUMENTO:** CC.4531292  
**EMPRESA:** E.S.E HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCU  
**DOCTOR:** PNR-ADSCRITO

**REFERENCIA:** 176107762  
**FECHA INGRESO:** 19.Oct.2022 15:52:36  
**SEDE:** SYNLAB CIUDAD DEL RIO  
**EDAD-SEXO:** 72 Años - Masculino

### COAGULACION

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	-----------------------

*Técnica: Cronométrica*

Analizado por,




**MIGUEL ANGEL FRANCO**  
**BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P:**


*Copiado: UIA*

*Fecha de Validación: 19/Oct 2022 20:49*

*\*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2]*

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 19113967	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD			FECHA: 2022-09-20 HORA: 09:48		
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601	Telefono 1	6045904485		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	3103831769		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
VERA	EHEVERRI	JORGE	ELIECER		
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	4531292	Fecha de nacimiento	1950-09-12
Dirección de Residencia Habitual	SD LA BOCANA			Telefono	6040001900
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	LA PINTADA		
Telefono celular	3122014417	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			
601101	1	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL			
Observación	ok				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15673460	Fecha	2022-09-06	Hora	10:20
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:			197	Reclamo de tickete, 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		
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			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		
Linea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 19113972	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2022-09-20	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 09:48	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO
EPSS40					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	
Número documento				890905177	
Código		050010608601		Teléfono 1	
Correo		agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	
				6045904485	
				3103831769	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
				MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VERA		ECHEVERRI		JORGE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
				ELIECER	
Tipo Documento De Identificación		Número documento de identificación		Fecha de nacimiento	
CC		4531292		1950-09-12	
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	
SD LA BOCANA				6040001000	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
				LA PINTADA	
Teléfono celular		Correo electrónico			
3122014417					
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	
881502		1		ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	
Observación		ok			
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		15673461		Fecha	
				2022-09-06	
				Hora	
				10:20	
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:				197	
				Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	
				0	
Copago		Exento cobro		Porcentaje %	
				0 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
lcardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			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		NUMERO DE AUTORIZACION: 19113977	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD			FECHA: 2022-09-20		HORA: 09:48
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010608601		Teléfono 1	6045904485	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Teléfono 2	3103831769	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VERA		ECHEVERRI		JORGE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
ELIECER		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	4531292		Fecha de nacimiento
1950-09-12		Dirección de Residencia Habitual		Teléfono	6040001000
SD LA BOCANA		Departamento		ANTIOQUIA	
Municipio		LA PINTADA			
Teléfono celular	3122014417		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	ok				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15673462		Fecha	2022-09-06	Hora
				10:20	
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:			197	Reclamo de ticket, 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		
lcardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			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		

<b>savia</b> SAVIA EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 19113930	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2022-09-20 HORA: 09:46	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601		Telefono 1	6045904485	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	3103831769	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VERA		ECHEVERRI		JORGE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
ELIECER					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	4531292		Fecha de nacimiento
1950-09-12		Dirección de Residencia Habitual		Telefono	6040001000
SD LA BOCANA					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	LA PINTADA	
Telefono celular	3122014417	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			
898101	1	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA			
Observación	ok				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15673459		Fecha	2022-09-06	Hora
			10:20		
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:			197	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		
lcardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			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		