



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003939 Fecha: 2023-05-25 Hora: 20:03:36

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	FUNDACIÓN VALLE DEL LILI			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	8903241775
				CC	<input type="checkbox"/>	Número
Código	760010287001		Dirección prestador:			
Teléfono:	57(2) 032 3319090		Carrera 98 No. 18 - 49			
	indicativo	Número	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	76	Municipio: CALI
						001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ	MOTATO	BRIAN	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1118300486	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento	1993-04-19	
Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE			Teléfono
			3157144765
Departamento: VALLE DEL CAUCA		76	Municipio: YUMBO
			892
Teléfono Celular:	3157144765	Correo electrónico: nt@nt.com	

Cobertura en Salud

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados		Prioridad de la atención
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input type="checkbox"/> No Prioritaria
		<input type="checkbox"/> Servicios electivos	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	UM Urgencias	Cama	CB-URE01
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
110A01	0003	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Justificación Clínica:

SE SOLICITA ESTANCIA EN UCI POR 3 DÍAS DESDE 25 05 2023. PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO PENETRANTE POR OBJETO METALICO A ALTA VELOCIDAD. EN EL MOMENTO CON SIGNOS DE DISFUNCION CORTICOTRONCULAR COMPATIBLES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE MUERTE ENCEFALICA, SIN EMBARGO, CON EFECTOS RESIDUALES DE SEDACION POR SUSPENSION RECIENTE DE LA MISMA. EN TAC DE CRANEO SIMPLE CON ESTALLIDO OCULAR IZQUIERDO Y TRAYECTO DE OBJETO METALICO HACIA EL TALLO CEREBRAL, CON HEMATOMA SUBUDRAL AGUDO DEL LADO IZQUIERDO, EDEMA CEREBRAL DIFUSO Y CISTERNAS DE LA BASE OBLITERADAS. DADA SU CONDICION CLINICA Y HALLAZGOS EN IMAGEN, SE CONSIDERA NO SE BENFICIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR NEUROCIRUGIA. DEJAR SIN SEDACION, CONTINUAR PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFALICA. NO SE ENCUENTRA FAMILIAR

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	S019	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICA
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	Teléfono	032 3319090
CASTRO RAMIREZ, OSCAR JAVIER		
Cargo o actividad: NEUROCIRUGIA	Teléfono Celular	



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953 Fecha: 2023-05-26 Hora: 10:22:43

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre FUNDACIÓN VALLE DEL LILI NIT X 8903241775 CC CC Número

Código 760010287001 Dirección prestador: Carrera 98 No. 18 - 49 Teléfono: 57(2) 032 3319090 indicativo Número Departamento: VALLE DEL CAUCA 76 Municipio: CALI 001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ MOTATO BRIAN DAVID

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1118300486
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		

Fecha de Nacimiento

1993-04-19

Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE

Teléfono 3157144765

Departamento: VALLE DEL CAUCA 76 Municipio: YUMBO 892

Teléfono Celular: 3157144765 Correo electrónico: nt@nt.com

Cobertura en Salud

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados		Prioridad de la atención	
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> No Prioritaria	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio UM Urgencias	Cama CU-333T4
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
110A01	0002	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
0000306004	0001	LARINGOSCOPIA
0000389101	0001	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL
0000879111	0001	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
0000881202	0001	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
881390-002	0001	ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR
0000908856	0001	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

Justificación Clínica:

SE SOLICITA AUTORIZACION POR FAVOR DE LAS SIGUIENTE TECNOLOGIAS:

879111 TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

908856 IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

306004 LARINGOSCOPIA

389101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL

881390-002 ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR

881202 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 26.05.2023

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 27.05.2023

PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO PENETRANTE POR OBJETO METALICO A ALTA VELOCIDAD EN

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MORELL PAZ, TATIANA Teléfono 032 3319090

Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS Teléfono Celular



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953

Fecha: 2023-05-26

Hora: 10:22:43

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

NIT

X

8903241775

CC

Número

Código 760010287001

Dirección prestador:

Teléfono: 57(2) 032 3319090

Carrera 98 No. 18 - 49

indicativo

Número

Departamento: VALLE DEL CAUCA

76

Municipio: CALI

001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL

CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ

MOTATO

BRIAN

DAVID

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación
- ☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación
- ☐ Cédula de extranjería

1118300486

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

1993-04-19

Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE

Teléfono

3157144765

Departamento: VALLE DEL CAUCA

76

Municipio: YUMBO

892

Teléfono Celular:

3157144765

Correo electrónico: nt@nt.com

Cobertura en Salud

- ☐ Régimen Contributivo ☐ Régimen Subsidiado - parcial ☐ Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de Salud
- ☐ Régimen Subsidiado - total ☐ Poblacion pobre No asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☒ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- ☐ Enfermedad General ☒ Accidente de trabajo ☐ Evento Catastrófico
- ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados

- ☒ Posterior a la atención inicial de urgencias
- ☐ Servicios electivos

Prioridad de la atención

- ☒ Prioritaria
- ☐ No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

☐ Consulta Externa☒ Hospitalización

Servicio

UM Urgencias

Cama

CU-333T4

☐ Urgencias

EL MOMENTO CON SIGNOS DE DISFUNCION CORTICOTRONCULAR COMPATIBLES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE MUERTE ENCEFALICA, SIN EMBARGO, CON EFECTOS RESIDUALES DE SEDACION POR SUSPENSION RECIENTE DE LA MISMA. EN TAC DE CRANEO SIMPLE CON ESTALLIDO OCULAR IZQUIERDO Y TRAYECTO DE OBJETO METALICO HACIA EL TALLO CEREBRAL, CON HEMATOMA SUBUDRAL AGUDO DEL LADO IZQUIERDO, EDEMA CEREBRAL DIFUSO Y CISTERNAS DE LA BASE OBLITERADAS. DADA SU CONDICION CLINICA Y HALLAZGOS EN IMAGEN, SE CONSIDERA NO SE BENFICIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR NEUROCIRUGIA. DEJAR SIN SEDACION, CONTINUAR PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFALICA. NO SE ENCUENTRA FAMILIAR

Impresión Diagnóstica:

Código CIE10

Descripción

Diagnóstico principal

S099

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita

Teléfono

032 3319090

MORELL PAZ, TATIANA

Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS

Teléfono Celular



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953 Fecha: 2023-05-26 Hora: 10:22:43

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre FUNDACIÓN VALLE DEL LILI NIT X 8903241775 CC CC Número

Código 760010287001 Dirección prestador: Carrera 98 No. 18 - 49 Teléfono: 57(2) 032 3319090 indicativo Número Departamento: VALLE DEL CAUCA 76 Municipio: CALI 001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ MOTATO BRIAN DAVID

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1118300486
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		

Fecha de Nacimiento

1993-04-19

Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE

Teléfono 3157144765

Departamento: VALLE DEL CAUCA 76 Municipio: YUMBO 892

Teléfono Celular: 3157144765 Correo electrónico: nt@nt.com

Cobertura en Salud

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados		Prioridad de la atención	
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> No Prioritaria	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio UM Urgencias	Cama CU-333T4
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
110A01	0002	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
0000306004	0001	LARINGOSCOPIA
0000389101	0001	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL
0000879111	0001	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
0000881202	0001	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
881390-002	0001	ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR
0000908856	0001	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

Justificación Clínica:

SE SOLICITA AUTORIZACION POR FAVOR DE LAS SIGUIENTE TECNOLOGIAS:

879111 TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

908856 IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

306004 LARINGOSCOPIA

389101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL

881390-002 ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR

881202 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 26.05.2023

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 27.05.2023

PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO PENETRANTE POR OBJETO METALICO A ALTA VELOCIDAD EN

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MORELL PAZ, TATIANA Teléfono 032 3319090

Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS Teléfono Celular



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953

Fecha: 2023-05-26

Hora: 10:22:43

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

NIT

X

8903241775

CC

Número

Código 760010287001

Dirección prestador:

Teléfono: 57(2) 032 3319090

Carrera 98 No. 18 - 49

indicativo

Número

Departamento: VALLE DEL CAUCA

76

Municipio: CALI

001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL

CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ

MOTATO

BRIAN

DAVID

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación
- ☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación
- ☐ Cédula de extranjería

1118300486

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento

1993-04-19

Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE

Teléfono

3157144765

Departamento: VALLE DEL CAUCA

76

Municipio: YUMBO

892

Teléfono Celular:

3157144765

Correo electrónico: nt@nt.com

Cobertura en Salud

- ☐ Régimen Contributivo ☐ Régimen Subsidiado - parcial ☐ Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de Salud
- ☐ Régimen Subsidiado - total ☐ Poblacion pobre No asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☒ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- ☐ Enfermedad General ☒ Accidente de trabajo ☐ Evento Catastrófico
- ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados

- ☒ Posterior a la atención inicial de urgencias
- ☐ Servicios electivos

Prioridad de la atención

- ☒ Prioritaria
- ☐ No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

☐ Consulta Externa☒ Hospitalización

Servicio

UM Urgencias

Cama

CU-333T4

☐ Urgencias

EL MOMENTO CON SIGNOS DE DISFUNCION CORTICOTRONCULAR COMPATIBLES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE MUERTE ENCEFALICA, SIN EMBARGO, CON EFECTOS RESIDUALES DE SEDACION POR SUSPENSION RECIENTE DE LA MISMA. EN TAC DE CRANEO SIMPLE CON ESTALLIDO OCULAR IZQUIERDO Y TRAYECTO DE OBJETO METALICO HACIA EL TALLO CEREBRAL, CON HEMATOMA SUBUDRAL AGUDO DEL LADO IZQUIERDO, EDEMA CEREBRAL DIFUSO Y CISTERNAS DE LA BASE OBLITERADAS. DADA SU CONDICION CLINICA Y HALLAZGOS EN IMAGEN, SE CONSIDERA NO SE BENFICIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR NEUROCIRUGIA. DEJAR SIN SEDACION, CONTINUAR PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFALICA. NO SE ENCUENTRA FAMILIAR

Impresión Diagnóstica:

Código CIE10

Descripción

Diagnóstico principal

S099

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita

Teléfono

032 3319090

MORELL PAZ, TATIANA

Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS

Teléfono Celular