Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : viernes, 26 noviembre 2021

FORMULACION MEDICA INTRA-HOSPITALARIO

				Folio	128
Paciente	**LUIS ALFONSO MORALES CARDONA**	Edad	60 Años \ 0 Meses \ 1 Días	No. Historia	**79270496**
Identificacion	**79270496**	Telefono	3167076668	Ingreso	**12826431**
Centro- Atencion	UMHES SANTA CLARA	Cama	UCI_14 - CAMA UCI_14 HAB-02 SANTA CLARA ADULTO	Fecha Ingreso	14/11/2021 9:06:22 p. m.
Direccion	Carrera 14B No.1 - 45 sur	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	26/11/2021 9:10 a. m.
Entidad	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD			Suministro Paciente	
No. Cama	UCI_14 - CAMA UCI_14 HAB -02 SANTA CLARA ADULTO	Area de Servicio:	**1SCU01 SANTA CLARA URGENCIAS CONSULTA URGENCIAS ADULTOS**		
Plan de Beneficios:	**FFD VINCULADOS**				

UCI 2 # 14

Diagnostico Principal : I610 - HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, SUBCORTICAL

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN012870	quetiAPINA 25 MG TABLETA CUBIERTA	(2) DOS	25 MG	TABLETA	Oral	25 MG POR SONDA CADA 12 HORAS	☑	24 h
122MC062290	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA	(1) UNO	25 MG	TABLETA	Oral	25 MG X SOG C/ DIA	☑	24 h
122MN012793	HalopERIDOL 2 MG/ ML SOLUCION ORAL	(1) UNO NO	2 MG/ML	FRASCO	Oral	GOTAS X SOG C/ 8 HORAS: 10 - 10 - 10	☑	24 h
122MN012723	acetaMINOFEN 500 MG TABLETA	(6) SEIS	500 MG	TABLETA	Oral	1 GR X SOG C/ 8 HORAS SI T>38.3°C	☑	24 h
122MC062262	CLONIDINA 0.150 MG TABLETA	(6) SEIS	0.150 MG	TABLETA	Oral	300 MCG X SOG C/ 8 HORAS	☑	24 h
122MC062243	ATORVASTATINA 40 MG TABLETA RECUBIERTA	(1) UNO	40 MG	TABLETA	Oral	40 MG X SOG C/ NOCHE	☑	24 h
122MC062242	AMLODIPINO 5 MG TABLETA	(2) DOS	5 MG	TABLETA	Oral	10 MG X SOG C/ DIA	☑	24 h
122MC062298	LOSARTAN 50 MG TABLETA	(2) DOS	50 MG	TABLETA	Oral	50 MG X SOG C/ 12 HORAS	☑	24 h
122MA072099	OMEPRAZOL 40 MG POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A INYECTABLE	(1) UNO	40 MG	VIAL	Endovenosa	40 MG IV C/ DIA	☑	24 h
122MN012816	leveTIRACETAM 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE MOLECULA ORIGINAL	(2) DOS	100 MG/ML	VIAL	Endovenosa	500 MG IV C/ 12 HORAS	☑	24 h
122MB092157	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0 4ML INYECTABLE MARCA INNOVADORA	(1) UNO NF	40 MG	DISPOSITIVO PRELLENADO	Subcutaneo	40 MG SC C/ DIA	☑	24 h
122MB092206	POTASIO CLORURO 2 MEQ/ ML SOLUCION INYECTABLE	(6) SEIS NG	2 MEQ/ML	AMPOLLA	Endovenosa	4 MEQ IV C/ HORA	☑	24 h
122MB092191	LACTATO DE RINGER 500 ML	(3) TRES NO	500 ML	BOLSA	Endovenosa	BOLOS A NECESIDAD UNICAMENTE	☑	24 h

Total Items: 13

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	
I610	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, SUBCORTICAL	Principal	Definitivo

LARA GARCIA ANTONIO
CUIDADOS INTENSIVOS
Cedula de ciudadanía-79531819

Reclame INMEDIATAMENTE, validez 72 horas, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm jornada continua, sabados de 7:30 a.m a 1:00 p.m

"Señor usuario, si usted es afiliado a la EPS Capital Salud y su consulta no fue presencial o le prescribieron medicamentos no PGP, el trámite de sus medicamentos se coordinará entre la Subred y la EPS; la entrega de los medicamentos se realizará en los 5 días hábiles siguientes en la dirección registrada. Para otras EPS, solicite información en la farmacia o atención al usuario de la unidad."

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

ROSALBA MUOZ BERNAL

ha completado el curso

REINDUCCIÓN - SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

diciembre 3, 2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-11	2021-11	34566383	94277[illegible]5125	-	2021[illegible]7/07	2021/12/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$371,300

RESUMEN DE PAGO

Nombre	Cotizantes	Nit	DV	Días	Valor Aportes	Intereses Mora	Sanciones	Valor Total
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
NUEVA EPS	5[illegible]37	900[illegible]56,264	2	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Cuenta de cobro 011 – 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ROSALBA MUÑOZ BERNAL
C.C. 51.727.004 de Ciudad Bogotá

LA SUMA DE:

Un millón ochocientos setenta y dos mil setecientos veinte pesos (1,872,720,00)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2096 de 2021 correspondiente al mes de diciembre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

ROSALBA MUÑOZ BERNAL
C.C. 51.727.004
Teléfono 3102014892 Direccion Carrera 5 este # 32 a 04 sur
No Cuenta 102502309 ahorros Banco de Bogota

Fecha: 31/diciembre/2021

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: APYA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-03-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS	PS 2096 2021	C.D.P. No.:	301	Proyecto al que pertenece	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - FARMACIA
				Unidad a la que pertenece	UAMIES SANTA CLARA
Nombre del contratista	ROSALBA MUÑOZ BERNAL			C.C.	51.727.004 de BOGOTA
Fecha Inicio	2021-02-10	Fecha Terminación inicial	2021-03-31	Valor Mensual	$ 1,927,800	Valor Contrato	$ 5,855,400

ADICION OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	$ 1,927,800	872	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2,891,700	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 964,080	1557	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1,542,480	2358	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 578,640	2825	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 820,200	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 578,640	3274	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 1,542,480	4184	2021-11-01	2021-11-30
9	$ 1,927,800	4665	2021-12-01	2021-12-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 642,600	$ 281,062	91158058733
2	MARZO	$ 1,762,900	$ 471,500	91160509149
3	ABRIL	$ 1,762,900	$ 577,300	91158060935
4	MAYO	$ 1,762,900	$ 471,500	91158710949
5	JUNIO	$ 1,927,800	$ 577,300	91159253776
6	JULIO	$ 1,762,900	$ 577,300	91161111601
7	AGOSTO	$ 1,762,900	$ 577,300	91159961563
8	SEPTIEMBRE	$ 1,605,200	$ 281,200	91161536014
9	OCTUBRE	$ 2,052,600	$ 577,300	91161612752
10	NOVIEMBRE	$ 1,927,800	$ 577,300	91159611936
11	DICIEMBRE	$ 1,927,800	$ 577,300	91159615479

Valor inicial del contrato	Valor total del contrato	Pagos realizados	Saldo del contrato
$ 3,855,600	$ 19,333,080	$ 18,947,520	$ 385,560

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relacionar actividades para el periodo: Desde: 2021-12-01 Hasta: 2021-12-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO EVIDENCIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Observaciones: 204 Horas programadas

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	