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 : martes, 02 julio 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente	HERMES PAZ ESTUPIÑAN	Edad	66 Años / 7 Meses / 24 Días	Folio	29
Identificacion	13104277	Telefono	3204983990	No. Historia	13104277
Centro- Atencion	HOSPITAL SAN BLAS	Cama		Ingreso	17131168
Direccion	Transversal 5 este No.19 - 50 sur	Telefono	2891100	Fecha Ingreso	1/07/2024 10:09:54 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Fecha prescripcion	02/07/2024 2:08 a. m.
No. Cama		Area de Servicio:		Suministro Paciente	
Plan de Beneficios:	PGP CAPITAL SALUD EPS				

Diagnostico Principal : I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

No Formula: FAM000026737951

Indentificador GFM LC13104277_29

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN012723 acetaMINOFEN 500 MG TABLETA	(10) DIEZ	500 MG	TABLETA	Oral	ACETAMINOFEN 1 GR VIA ORAL CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE	☑	3 d
122MR122966 loRATADina 10 MG TABLETA	(5) CINCO	10 MG	TABLETA	Oral	LORATADINA 10 MG VIA ORAL CADA 24 HORAS POR 5 DIAS	☑	5 d

Total Items: 2

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO
I10X		

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: HERMES PAZ ESTUPIÑAN
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__
No. DE DOCUMENTO: 13104277

Fecha de fórmula: 02/07/2024
Fecha de fórmula:
Fecha de fórmula:
Fecha de fórmula:
Fecha de fórmula:

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación, Frecuencia)	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
ACETAMINOFEN POR 500 MG, DAR 2 TABLETAS VIA ORAL CADA 8 HORAS EN CASO DE DOLOR O FIEBRE. 00:00 - 16:00- 24:00														
LORATADINA POR 10 MG, DAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA DURANTE 5 DIAS. 22:00														

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

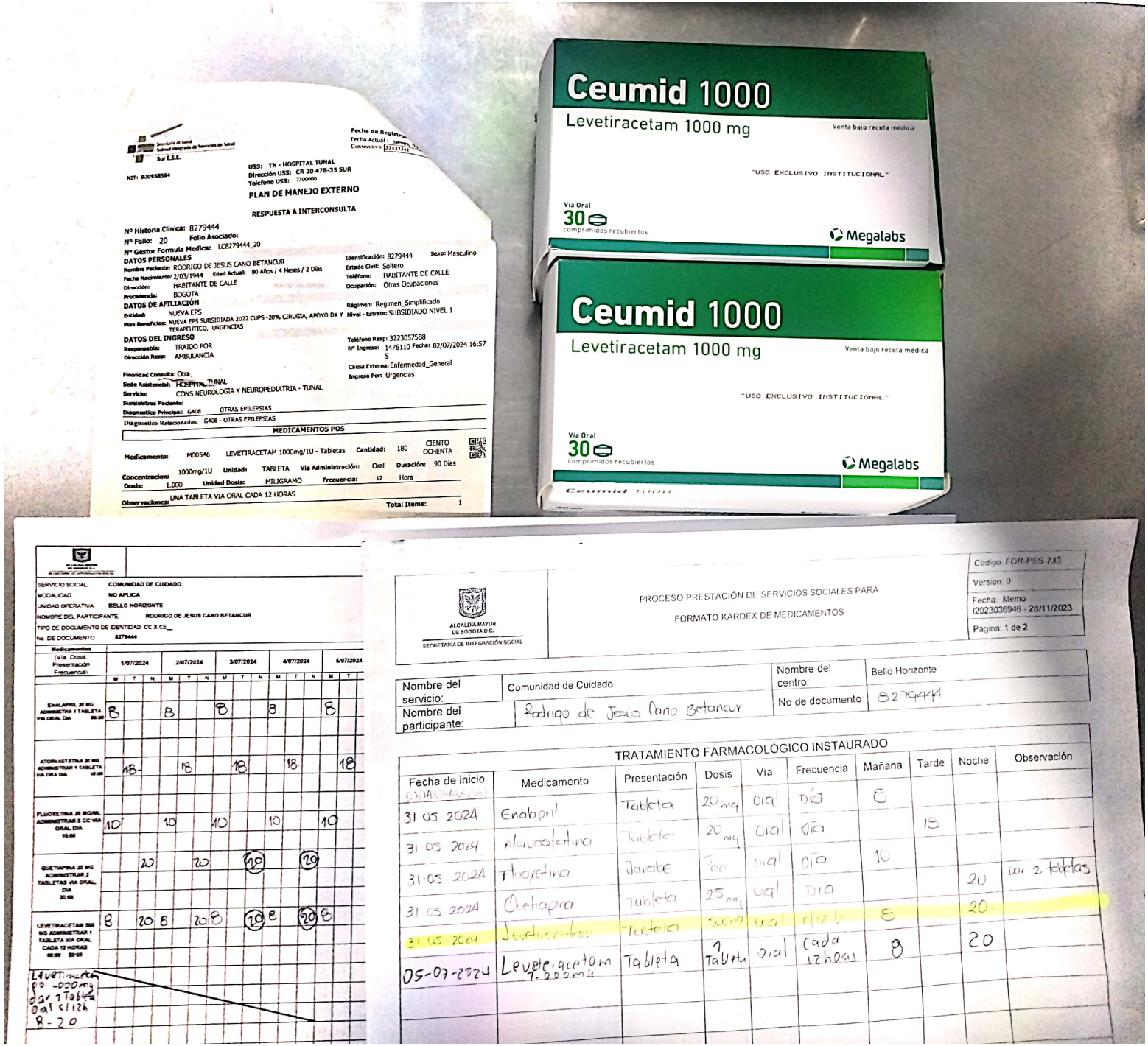
Código: FOR-PSS-733	
Versión: 0	
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023	
Página: 1 de 2	

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Hermes Paz Estupiñan	No de documento:	13104277

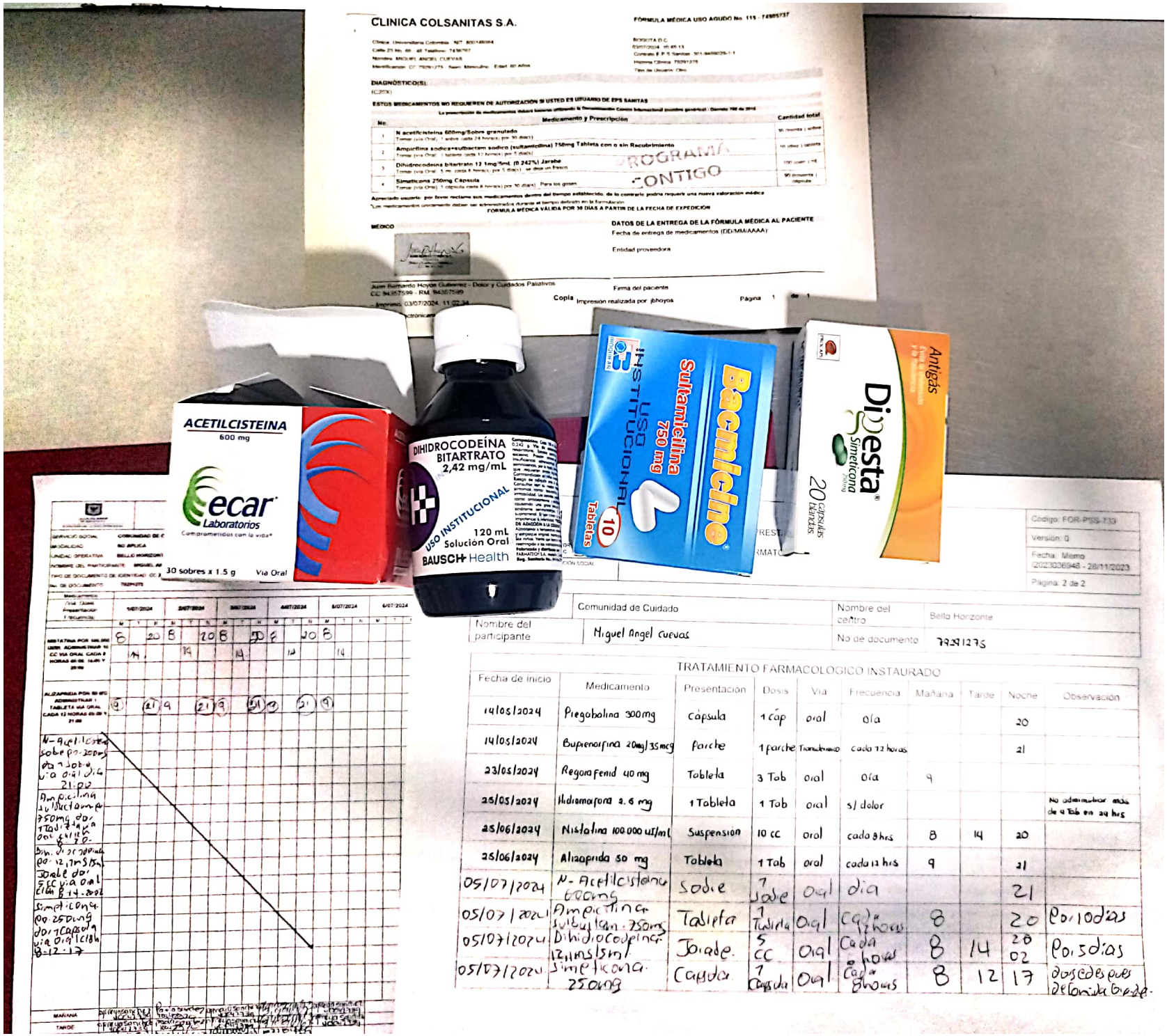
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
01/02/2024	Losartan 50mg	Tableta	1 Tab	oral	cada 12 horas	8		20	
01/02/2024	Amlodipino 10 mg	Tableta	1 Tab	oral	cada 24 horas		14		
13/02/2024	Fluoxetina 20 mg	Tableta	1 Tab	oral	cada 24 horas	10			
13/02/2024	Tamsulosina 04 mg	cápsula	1 cáp	oral	cada 24 horas			20	
21/05/2024	Pregabalina 75 mg	Cápsula	1 cap	oral	cada 12 horas	8		20	
21/05/2024	Omeprazol 20 mg	capsula	1 cap	oral	día	6			
21/05/2024	Hidroxido Aluminio	Suspensión	5 cc	oral	cada comida	8	12	17	
03/07/2024	Acetaminofen 500mg	Tableta.	2 Tabletas	Oral	Cada 8 horas o dolor o fiebre	8	16	24.	
03/07/2024	Loratadina 10mg	Tableta.	1 Tableta	Oral	Cada 24 horas			22	

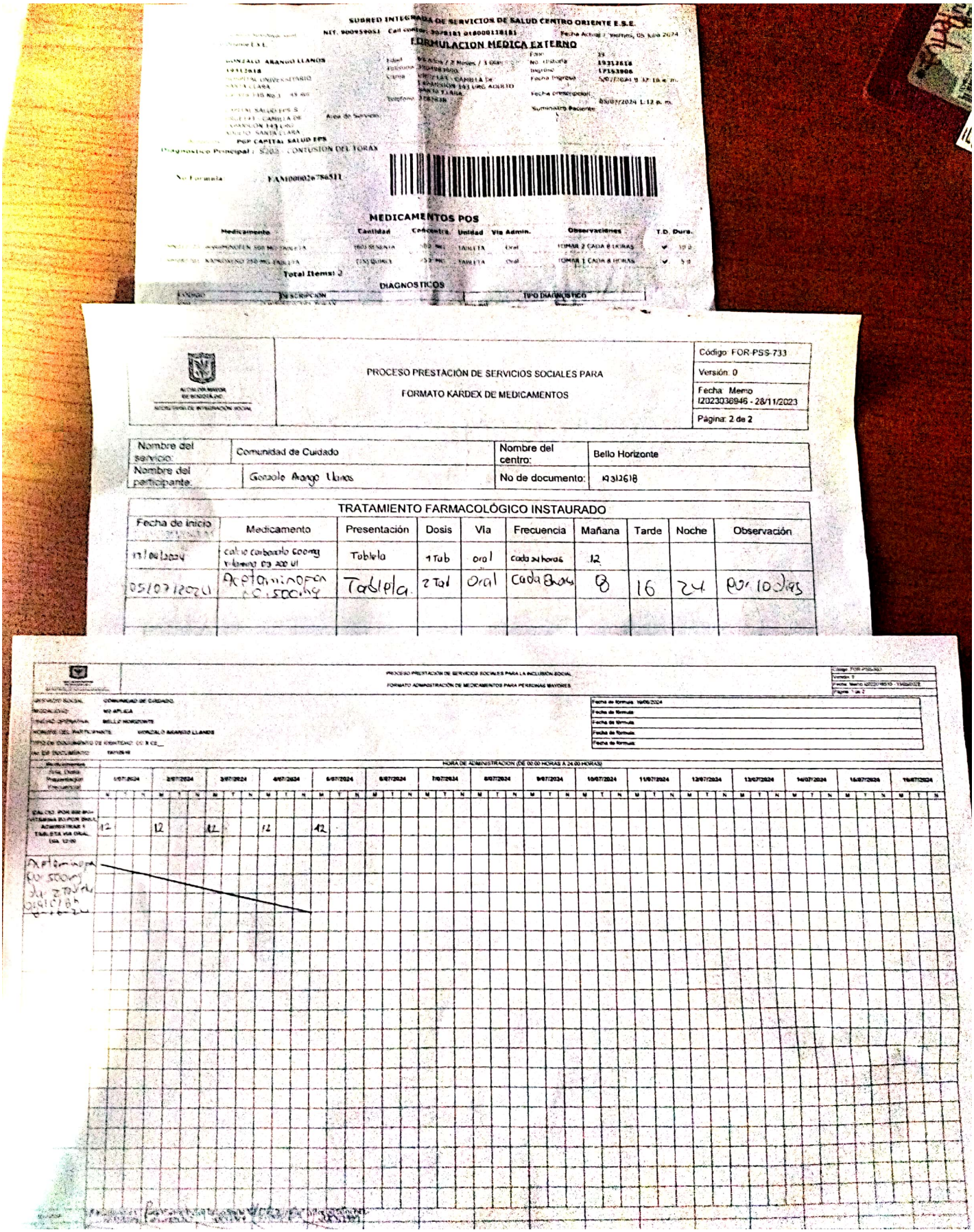
Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



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

NIT. 900959053

FORMULACION MEDICA EXTERNO

GONZALO ARANGO LLANOS

19312618

POP CAPITAL SALUD EPS

Diagnostico Principal : S202 - CONTUSION DEL TORAX

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	180 SESENTA	500 MG	TABLETA	Oral	TOMAR 2 CADA 8 HORAS	✓	10 D
NAPROXENO 250 MG TABLETA	DOS QUINCE	250 MG	TABLETA	Oral	TOMAR 1 CADA 8 HORAS	✓	5 D

Total Items: 2

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripcion	Tipo Diagnostico

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733

Versión: 0

Fecha: Memo 12023036946 - 28/11/2023

Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Gonzalo Arango Llanos	No de documento:	19312618

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
13/06/2024	calcio carbonato 600mg vitamina D3 200 UI	Tableta	1 Tab	oral	cada 24 horas	12			
05/07/2024	Acetaminofen AC 500mg	Tableta	2 Tab	Oral	Cada 8hs	8	16	24	por 10 días

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

ESTABLECIMIENTO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO

MODALIDAD: NO APLICA

SEDE OPERATIVA: BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: GONZALO ARANGO LLANOS

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE

No. DE DOCUMENTO: 19312618

Fecha de formula: 13/06/2024

Fecha de formula:

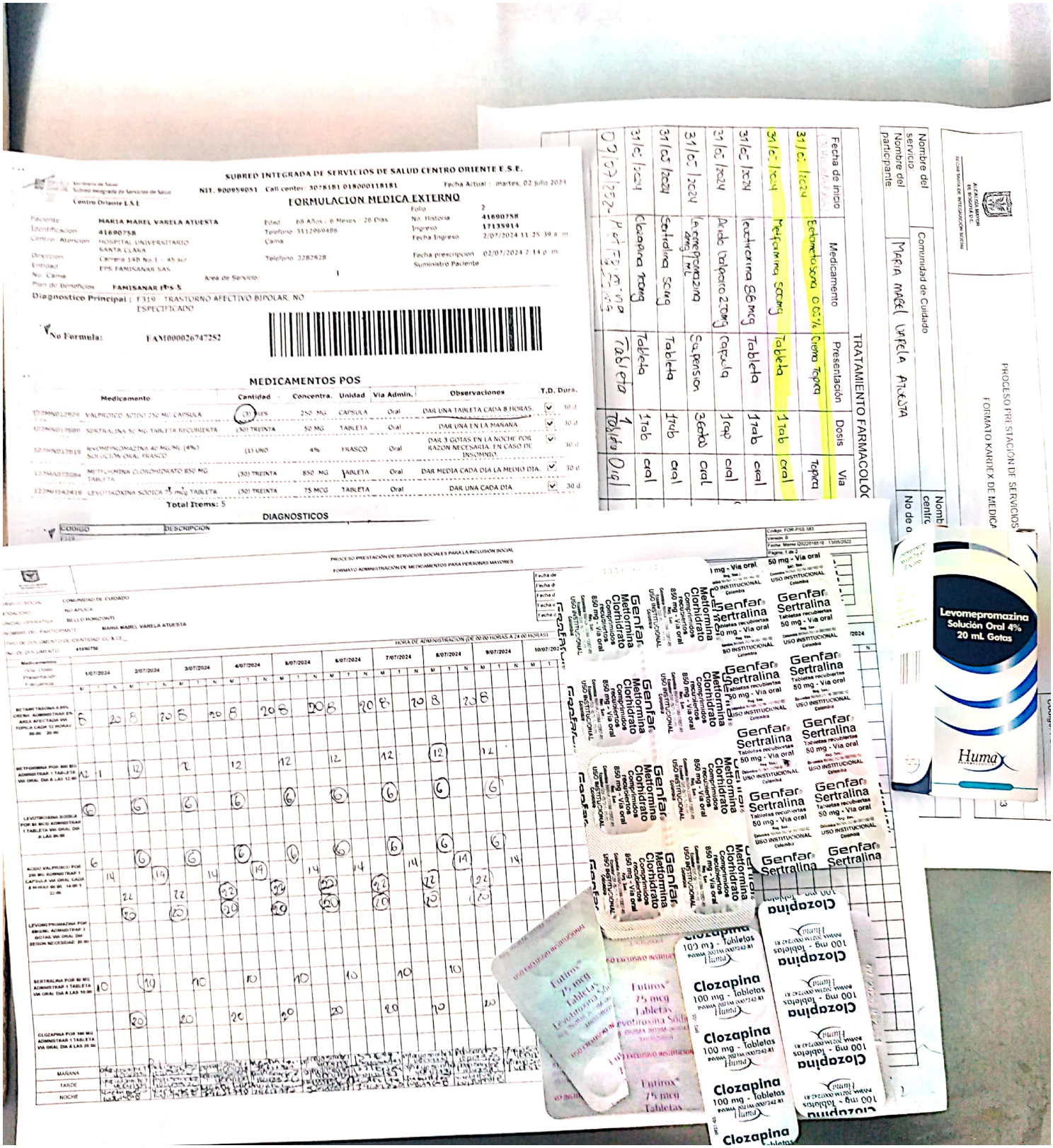
Fecha de formula:

Fecha de formula:

Fecha de formula:

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamento / Dosis / Presentación / Vía / Frecuencia	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024	15/07/2024	16/07/2024
CALCIO POR 600 MG+ VITAMINA D3 POR 200 U. ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12:00	12	12	12	12	12											
Acetaminofen (or 500mg) 2u 2 Tab Oral 05/07/24 Cada 8hs por 10 días																



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

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual: martes, 02 julio 2024

Centro Oriente E.S.E

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente: MARIA MAREL VARELA ATUESTA
Identificación: 41690758
Centro Atención: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA
Dirección: Carrera 14B No 1 - 45 sur
Entidad: EPS FAMISANAR SAS
No. Cama:
Plan de Beneficios: FAMISANAR PPSS
Edad: 68 Años / 6 Meses / 26 Días
Teléfono: 3112060486
Cama:
Teléfono: 2282828
Area de Servicio:
Folio: 2
No. Historia: 41690758
Ingreso: 17139914
Fecha Ingreso: 2/07/2024 11:25:39 a. m.
Fecha prescripcion: 02/07/2024 2:14 p. m.
Suministro Paciente:

Diagnostico Principal: F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

No Formula: FAM1000026747252

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
1703N0122609 VALPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA	(30) TREINTA	250 MG	CAPSULA	Oral	DAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS		30 d
1703N0127889 SERTRALINA 50 MG TABLETA RECUBIERTA	(30) TREINTA	50 MG	TABLETA	Oral	DAR UNA EN LA MAÑANA		30 d
1703N0137819 levomepromazina 40 MG/ML (4%) SOLUCIÓN ORAL FRASCO	(1) UNO	4%	FRASCO	Oral	DAR 3 GOTAS EN LA NOCHE POR RAZON NECESARIA. EN CASO DE INSOMNIO.		30 d
1270N0137884 METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA	(30) TREINTA	850 MG	TABLETA	Oral	DAR MEDIA CADA DIA LA MEDIO DIA.		30 d
1270N0142419 LEVOTIROXINA SODICA 75 MCG TABLETA	(30) TREINTA	75 MCG	TABLETA	Oral	DAR UNA CADA DIA		30 d

Total Items: 5

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION
F319	

TRATAMIENTO FARMACOLÓ

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Via
31/05/2024	Betametasona 0.05% Crema Topica		Topica	
31/05/2024	Metformina 500mg	Tableta	1 tab	oral
31/05/2024	Lactancia 86mcg	Tableta	1 tab	oral
31/05/2024	Acido Valproico 250mg	Capsula	1 cap	oral
31/05/2024	Levomepromazina 4mg/ml	Suspension	3 gotas	oral
31/05/2024	Sertralina 50mg	Tableta	1 tab	oral
31/05/2024	Clozapina 25mg	Tableta	1 tab	oral
02/07/2024	Por Fav	Tableta	1 Tableta	Dig

Nombre del servicio: Comunidad de Cuidado
Nombre del participante: MARIA MAREL VARELA ATUESTA

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
FORMATO KARDEX DE MEDICA

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: MARIA MAREL VARELA ATUESTA
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE
No. DE DOCUMENTO: 41690758

HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamento / Dosis / Presentación / Frecuencia	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024
BETAME TASONA 0.05% CREMA: ADMINISTRAR EN AREA AFECTADA VIA TOPICA CADA 12 HORAS 08:00 20:00	6 20	8 20	8 20	8 20	8 20	8 20	8 20	8 20	8 20	8
METFORMINA POR 850 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 12:00	A2 1 12	12	12	12	12	12	12	12	12	
LEVOTIROXINA SODICA POR 50 MCG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 06:00	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
ACIDO VALPROICO POR 250 MG: ADMINISTRAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA 8 HORAS 06:00 14:00 Y 22:00	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	6 14 22	
LEVOMEPROMAZINA POR 40MG/ML ADMINISTRAR 3 GOTAS VIA ORAL DIA SEGUN NECESIDAD 20:00	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
SERTRALINA POR 50 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 10:00	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
CLOZAPINA POR 100 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 20:00	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
MAÑANA										
TARDE										
NOCHE										

Levomepromazina Solución Oral 4% 20 mL Gotas

Huma

Genfar Metformina Clorhidrato Comprimidos recubiertos 850 mg - Vía oral

Genfar Sertralina Tabletas recubiertas 50 mg - Vía oral

Eutirox 75 mcg Tabletas Levotiroxina Sódica

Clozapina 100 mg - Tabletas

Powered by CamScanner

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

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

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : martes, 09 Julio 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente	GONZALO ARANGO LLANOS	Edad	69 Años / 2 Meses / 7 Días	Folio	40
Identificacion	19312618	Telefono	3204983990	No. Historia	19312618
Centro- Atencion	CENTRO DE SALUD OLAYA	Cama		Ingreso	17167790
Direccion	Carrera 21 No.22- 51 sur	Telefono	5108413	Fecha Ingreso	09/07/2024 7:28:58 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Fecha prescripcion	09/07/2024 8:23 a. m.
No. Cama		Area de Servicio:	SOLO01	Suministro Paciente	
Plan de Beneficios:	TIPOLOGIA CONSULTORIO BASICO CAPITAL SALUD EPSS				

Diagnostico Principal : K083 - RAIZ DENTAL RETENIDA

No Formula: FAM000026819897

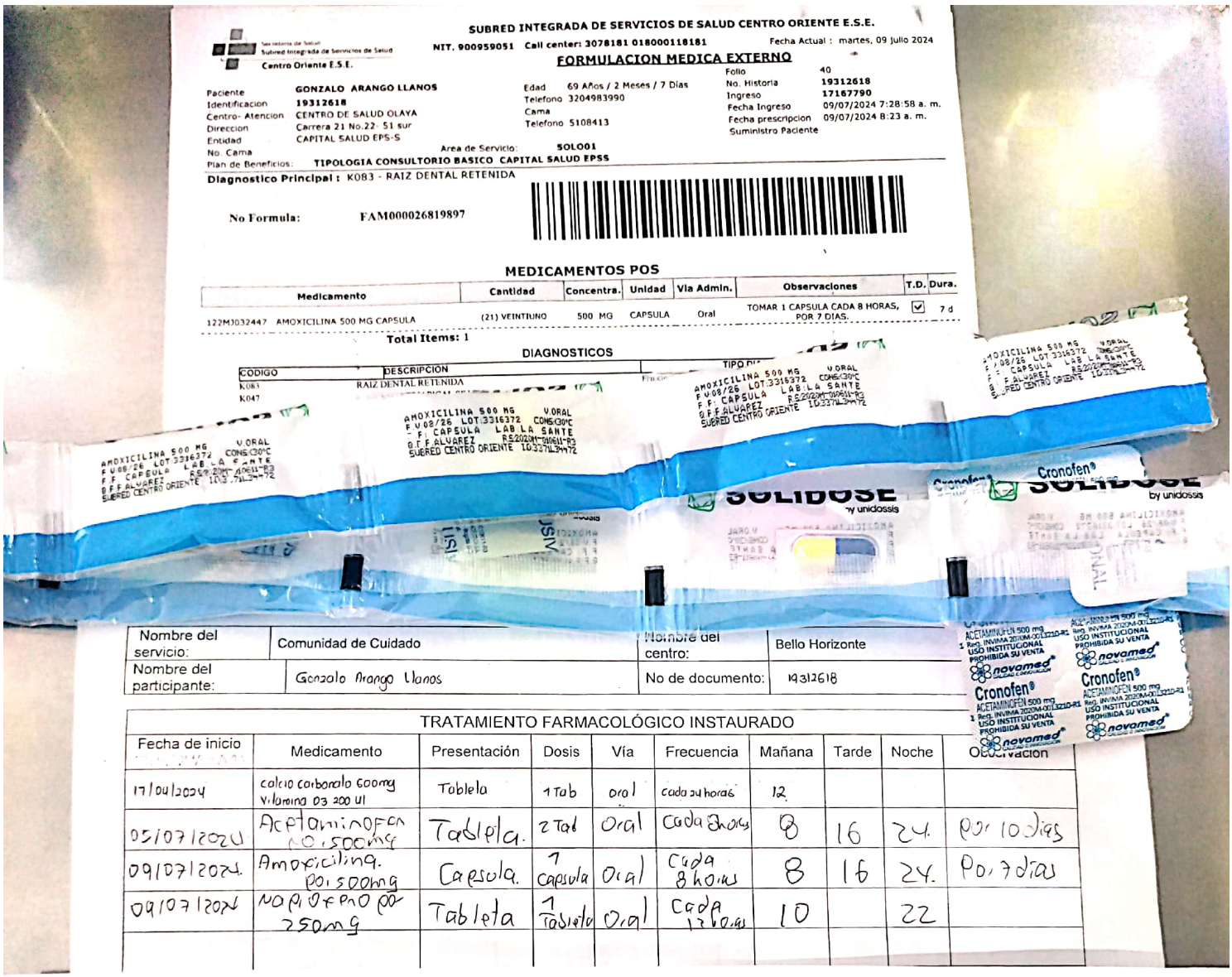
MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122M3032447 AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	(21) VEINTIUNO	500 MG	CAPSULA	Oral	TOMAR 1 CAPSULA CADA 8 HORAS, POR 7 DIAS.	☑	7 d

Total Items: 1

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DI...
K083	RAIZ DENTAL RETENIDA	
K047		



Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Gonzalo Arango Llanos	No de documento:	19312618

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
17/04/2024	calcio carbonato 600mg vitamina D3 200 UI	Tablela	1 Tab	oral	cada 24 horas	12			
05/07/2024	Acetaminofen 500mg	Tablela.	2 Tab	Oral	Cada 8 hors	8	16	24.	por 10 dias
09/07/2024.	Amoxicilina. Po. 500mg	Capsula.	1 capsula	Oral	Cada 8 horas	8	16	24.	Po. 7 dias
09/07/2024	NAPROXENO por 250mg	Tableta	1 Tableta	Oral	Cada 12 horas	10		22	

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

Codigo: FOR-PSS-583 Version: 0 Fecha: Memo 20220161510 - 1 Página: 1 de 2

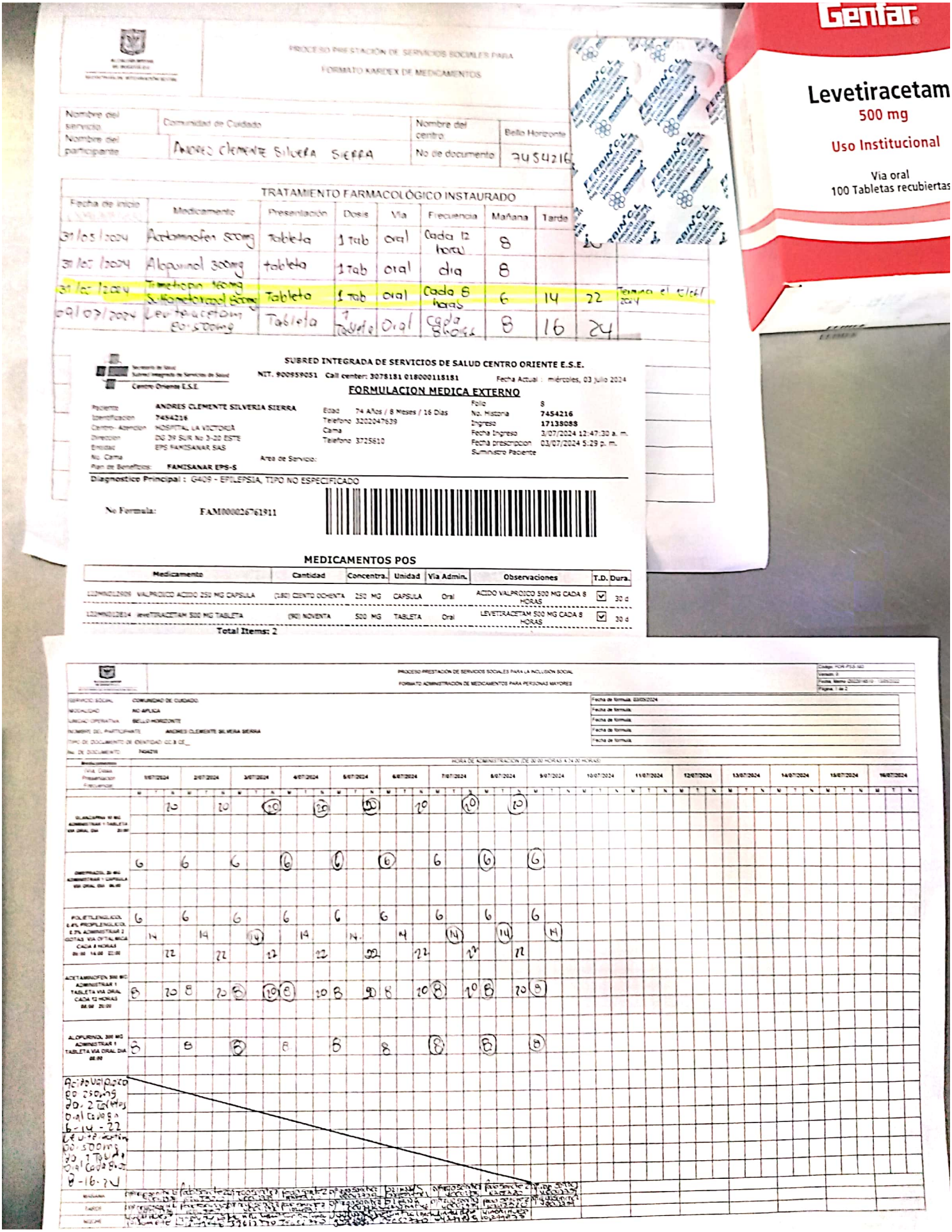
SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO.
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: GONZALO ARANGO LLANOS
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__
No. DE DOCUMENTO: 19312618

Fecha de formula: 19/06/2024
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación Frecuencia)	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024	15/07/2024
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
CALCIO POR 600 MG+ VITAMINA D3 POR 200UI. ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL, DIA 12:00	12	12	12	12	12	12	12	12	12						
Acetaminofen Por 500mg Via Oral Cada 8h 8-16-24						8 16 24	08 16 24	8 16	8 16						
Amoxicilina Po. 500mg Dosis 1 Tableta Via Oral Cada 8h 8-16-24															
Naproxeno Po. 250mg Dosis. 1 Tableta Via Oral Cada 12h 10-22															

Powered by CamScanner



PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA
FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Nombre del servicio	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro	Bello Horizonte
Nombre del participante	ANDRES CLEMENTE SILVERA SIERRA	No de documento	7454216

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde		
31/05/2024	Acetaminofen 500mg	Tableta	1 tab	oral	Cada 12 horas	8			
31/07/2024	Alopurinol 300mg	tableta	1 tab	oral	dia	8			
31/07/2024	Trihexifen 160mg Sulfametoxazol 800mg	Tableta	1 tab	oral	Cada 8 horas	6	14	22	Tomar el 5/08/2024
09/07/2024	Levetiracetam 500/100mg	Tableta	1 tableta	Oral	cada 8horas	8	16	24	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT. 900559051 Call center: 3078181 018000115151 Fecha Actual : miércoles, 03 Julio 2024
Centro Oriente E.S.E.

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente: ANDRES CLEMENTE SILVERIA SIERRA
Identificacion: 7454216
Centro- Atencion: HOSPITAL LA VICTORIA
Direccion: DG 39 SUR No 3-20 ESTE
Entidad: EPS FAMISANAR SAS
Nu. Cama:
Plan de Beneficios: FAMISANAR EPS-S
Area de Servicio:
Estad: 74 Años / 8 Meses / 16 Dias
Telefono: 3202047639
Cama:
Telefono: 3725610
Folio: S
No. Historia: 7454216
Ingreso: 17138088
Fecha Ingreso: 3/07/2024 12:47:30 a. m.
Fecha prescripcion: 03/07/2024 5:29 p. m.
Suministro Paciente:

Diagnostico Principal : G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

No Formula: FAM000026761911

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
LIZMIC12509 VALPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA	(180) CIENTO OCHENTA	250 MG	CAPSULA	Oral	ACIDO VALPROICO 500 MG CADA 8 HORAS	☑	30 d
LIZMN0120814 levETIRACETAM 500 MG TABLETA	(90) NOVENTA	500 MG	TABLETA	Oral	LEVETIRACETAM 500 MG CADA 8 HORAS	☑	30 d

Total Items: 2

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ANDRES CLEMENTE SILVERA SIERRA
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE
No. DE DOCUMENTO: 7454216

Fecha de formula: 03/05/2024
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:

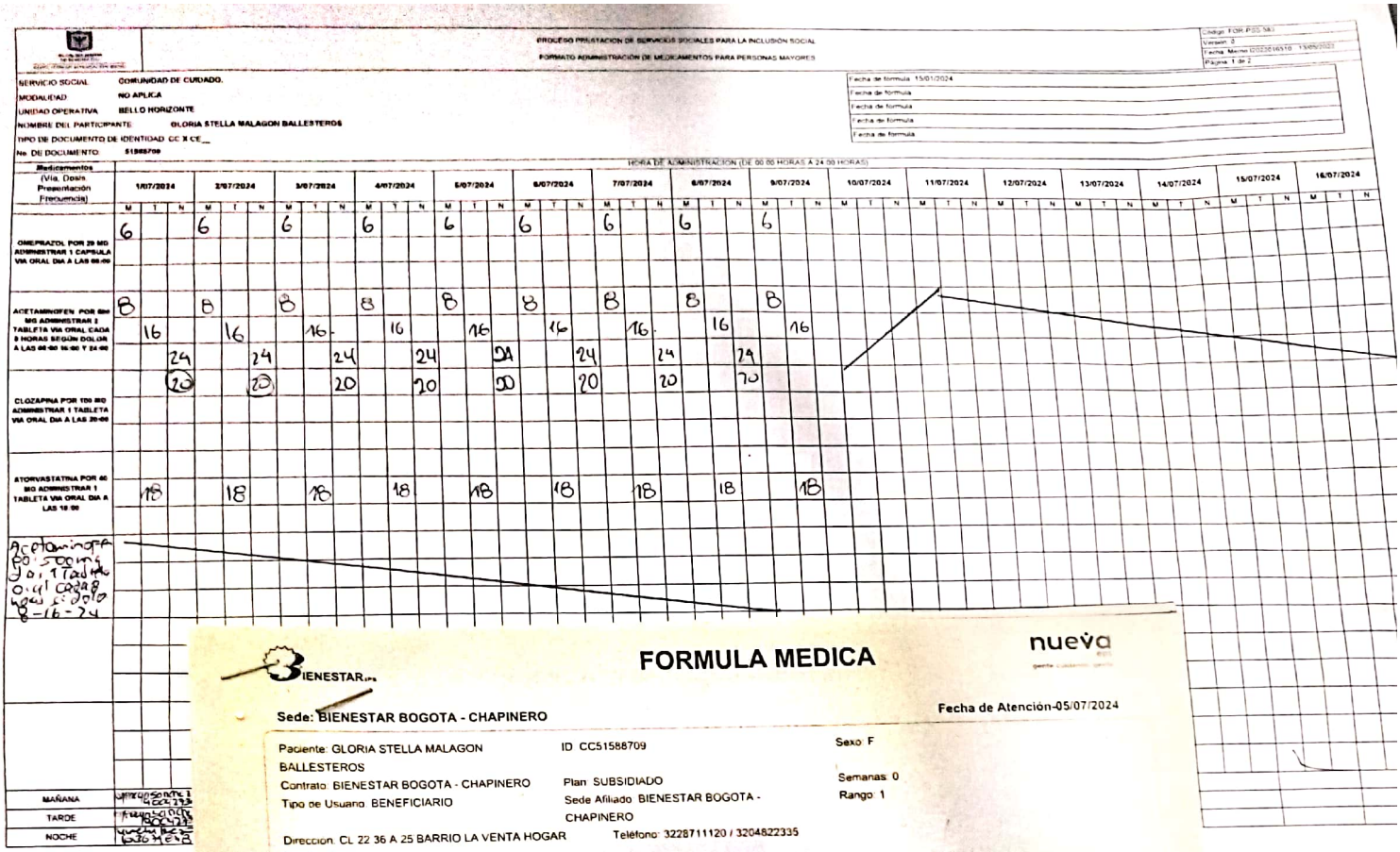
HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 8:00 HORAS A 24:00 HORAS)

VIA, DOSIS, PRESENTACION, FRECUENCIA	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024	15/07/2024	16/07/2024
CLARITROMICINA 10 MG/ML ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N 20	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
OMEPRAZOL 20 MG ADMINISTRAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA 24 HORAS	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N 6	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
POLIETILENGLICOL 3.35 G, PROPILENGLICOL 0.3% ADMINISTRAR 2 GOTAS VIA OFTALMICA CADA 8 HORAS	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N 6 14 22	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
ACETAMINOFEN 500 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N 8 20	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
ALOPURINOL 300 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N 8	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N

Acido valproico 500 250mg 2 tabletas oral cada 8 horas 6-14-22

Levetiracetam 500/100mg 1 tableta oral cada 8 horas 8-16-24

Powered by CamScanner



PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo 20230369510 - 13/09/2023
Página: 1 de 2

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO.
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: GLORIA STELLA MALAGON BALLESTEROS
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__
No. DE DOCUMENTO: 51588709

Fecha de formula: 15/01/2024
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:
Fecha de formula:

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación, Frecuencia)	1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024	15/07/2024	16/07/2024
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
OMEPRAZOL POR 20 MG ADMINISTRAR 1 CAPSULA VIA ORAL DIA A LAS 06:00	6	6	6	6	6	6	6	6	6							
ACETAMINOFEN POR 500 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS SEGÚN DOLOR A LAS 06:00 14:00 Y 24:00	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24	8 16 24							
CLOZAPINA POR 100 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 20:00	20	20	20	20	20	20	20	20	20							
ATORVASTATINA POR 40 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA A LAS 18:00	18	18	18	18	18	18	18	18	18							
Acetaminofen 500 mg y 1 Tableta 0:41 Cada 8 horas x: 8-16-24																
MAÑANA																
TARDE																
NOCHE																

BIENESTAR ips

FORMULA MEDICA

nueva

Sede: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO

Fecha de Atención-05/07/2024

Paciente: GLORIA STELLA MALAGON BALLESTEROS
ID: CC51588709
Sexo: F
Contrato: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Plan: SUBSIDIADO
Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Sede Afiliado: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Rango: 1
Direccion: CL 22 36 A 25 BARRIO LA VENTA HOGAR GERIATRICO
Teléfono: 3228711120 / 3204822335
Solicitada por: JENIFER TATIANA RODRIGUEZ CABAL
Dx: F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
60125	ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 24 Horas	30	30	30	TOMAR 1 TAB CADA NOCHE
24201	ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 8 Horas	30	90	90	SEGUN DOLOR
24907	CLOZAPINA 100 mg (TABLETA) TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 24 Horas	30	30	30	TOMAR 1 TAB CADA NOCHE

Profesional: JENIFER TATIANA RODRIGUEZ CABAL - RM No. 1015478368 - Firmado Electrónicamente.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023
Página: 1 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	GLORIA STELLA MALAGON BALLESTEROS	No de documento:	51588709

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
31/05/2024	OMEPRAZOL 20MG	CAPSULA	1 CAP	ORAL	DIA	6			
31/05/2024	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA	1 TAB	ORAL	CADA 8 HORAS	8	16	24	SEGUN DOLOR
31/05/2024	ATORVASTATINA 40MG	TABLETA	1 TAB	ORAL	DIA		18		
31/05/2024	CLOZAPINA 100MG	TABLETA	1 TAB	ORAL	DIA			20	
09/07/2024									

Powered by CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código: FOR-PSS-583
Versión: 0
Fecha: Memo I2022016510 - 13/05/2022
Página: 2 de 2

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS) 17/07/2024 – 31/07/2024 (M T N)
METFORMINA POR 850MG, ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA . 12:00	
SULFATO SODICO DE CONDROITINA AL 0.18%+HIALURONATO SODICO AL 0.1% GOTA OFTALMICA ADMINISTRAR 1 GOTA VIA OFTALMICA AMBOS OJOS. CADA 6 HORAS: 08:00 14:00 20:00 02:00	
HIDROMORFONA POR 2.5 MG. ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL SEGÚN DOLOR NO ADMINISTRAR MAS DE 4 TABLETAS EN 24 HORAS	
VITAMINA D POR 500 MG+CARBONATO DE CALCIO POR 200UI. ADMINISTRAR 1 SOBRE VIA ORAL DIA. 12:00	
PREGABALINA POR 75 MG, ADMINISTRAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA DIA: 08:00	
PREGABALINA POR 300 MG, ADMINISTRAR 1 CAPSULA VIA ORAL CADA DIA: 20:00	
ONDANSETRON POR 8 MG. ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, 08:00. 16:00. 24:00	
Trazadona po 50 mg 1 Tableta via oral dia 21:00 x 10 dias	
MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	



SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Miguel Angel cuevas	No de documento:	79291275

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
01/07/2024	Pregabalina 300 mg	cápsula	1 cáp	oral	Día			20	
01/07/2024	Buprenorfina 20mg/35mcg	Parche	1 parche	Transdermica	cada 72 horas			21	
01/07/2024	Regorafenib 40 mg	Tableta	3 Tab	oral	día	9			a partir del 19 julio
01/07/2024	Hidromorfona 2.5 mg	1 Tab	1 Tab	oral	según dolor				No administrar más de 4 Tab en 24 horas
01/07/2024	Nistatina 100.000 ui/mL	Suspensión	10 cc	oral	cada 8 horas	8	14	20	
01/07/2024	Alizaprida 50 mg	Tableta	1 Tab	oral	cada 12 horas	9		21	
17/07/2024	Trazadona 50mg	Tableta	1 Tab	oral	dia			21	p.o. 10 dias hasta 26 Julio

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-735
Versión: 0
Fecha: Memo 20230308945 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Juan Joselin Benjumea	No de documento:	1718305I

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de Inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
30/04/2024	Acetaminofen 500mg	Tableta	1 Tab	oral	cada 8 horas	8	16	24	si presenta dolor
12/05/2024	Quetiapina 100 mg	Tableta	½ Tab	oral	día			20	
19/05/2024	Levotiroxina 50mcg	Tableta	1 Tab	oral	día	6			
19/06/2024	Losartan 50mg	Tableta	1 Tab	oral	día		18		
15/07/2024	Escitalopram 10mg	Tableta	1 Tab	oral	día	10			
19/07/2024	Amoxicilina 500mg	Capsula	1Cap	Oral	Cada 8horas	8	16	24	Po. 7 dias
19/07/2024	Ibuprofeno 400mg	Tableta	1 Tablet	Oral	Cada 8horas	8	16	24	Po 5 dias

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

NIT. 900959031 Call center: 3078181 018000118181

Fecha Actual : miércoles, 17 julio 2024

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

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente	JUAN JOSELIN BENJUMEA	Edad	29 Años / 7 Meses / 13 Días
Identificacion	1718305I	Telefono	3103940434
Centro Atencion	HOSPITAL SAN BLAS	Cama	
Direccion	Transversal 5 este No. 19 - 50 sur	Telefono	3791100
Entidad	CAPITAL SALUD EPS S		
No. Cama			
Plan de Beneficios	PGP CAPITAL SALUD EPS	Area de Servicio	

Tipo	62
No. Historia	1718305I
Ingreso	17205960
Fecha Ingreso	17/07/2024 8:44:48 a. m.
Fecha prescripcion	17/07/2024 10:45 a. m.
Suministro Paciente	

Diagnostico Principal : K010 DIENTES INCLUIDOS

No Formula: FAM1000026910756

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D. Dura.
1229M0232447 AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	(30) TREINTA	500 MG	CAPSULA	Oral	TOMAR UNA CADA 8 HORAS DURANTE SIETE DIAS	7
1229M0127723 ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	(20) VEINTE	500 MG	TABLETA	Oral	TOMAR UNA CADA 8 HORAS DURANTE CINCO DIAS	5
1229M0082690 IBUPROFENO 400 MG TABLETA	(15) QUINCE	400 MG	TABLETA	Oral	TOMAR UNA CADA 8 HORAS DURANTE CINCO DIAS	5

Total Items: 3

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO
K010	DIENTES INCLUIDOS	Principal Definitivo
K080	RAIZ DENTAL RETENIDA	Relacionado Definitivo
K053	PERIODONTITIS CRONICA	Relacionado Definitivo

SALAMANCA GUERRERO ANDRES FELIPE
CIRUGIA MAXILOFACIAL
1030400991

Reclamar INMEDIATAMENTE, validez 72 horas. Horario de la Farmacia



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha Memo 20203039545 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Braulio Sanchez Casas	No de documento	557043

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
03/07/2024	Cefalexina 500mg	Tableta	1 Tableta	Oral	Cada 8horas	8	16	22 02	Por 10 días
03/07/2024	Naproxeno 250mg	Tableta	1 Tableta	Oral	Cada 8horas	8	16	24	Por 10 días
03/07/2024	Diclofenaco Sódico 50mg	Tableta	1 Tableta	Oral	Cada 8horas	10	18	22	Por 6 días
03/07/2024	Betametasona 0.05%	Crema Tópica	1 aplicación	Tópica Lesión	cada 6horas	6 12	18	24	Por 5 días

PROCESO PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

Código: FOR-PSS-063
Versión: 0
Fecha Memo: 20234060115 - 13/06/2023
Página: de 2

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO.
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: BRAULIO SANCHEZ CASAS
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__
No. DE DOCUMENTO: 17154277

Fecha de formulario: 3/07/2024
Fecha de formulario:
Fecha de formulario:
Fecha de formulario:
Fecha de formulario:

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación, Frecuencia)

HORA DE ADMINISTRACIÓN (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

1/07/2024	2/07/2024	3/07/2024	4/07/2024	5/07/2024	6/07/2024	7/07/2024	8/07/2024	9/07/2024	10/07/2024	11/07/2024	12/07/2024	13/07/2024	14/07/2024	15/07/2024	16/07/2024
M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N

CEFALEXINA POR 500 MG, DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, 06:00 - 14:00- 22:00- 02:00

NAPROXENO POR 250 MG, DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, 06:00 - 14:00- 24:00

BETAMETASONA POR 0,05% CREMA TOPICA, APLICAR EN LESION CADA 6 HORAS, 06:00 - 12:00 -18:00- 24:00

DICLOFENACO POR 50 MG, DAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, 10:00 - 18:00 - 24:00

MAÑANA

Powered by CamScanner