HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E
SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS

HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA
CALDAS
SALAMINA - CALDAS
NIT. 890801026 - 8
Tipo de Régimen: No Aplica
CL 3 # 9A 21 - 8595196
Código Prestador: 176530064601

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. FEHF382361

CUFE:a03c316c77cd9eef4aa3b6882aa2e7fb68ab5d4e0fa46458f9b413c6ea682336e3807136f21e96459790f2c04c5b20ec

18764045384971 valida desde 2023-03-03 hasta 2024-03-02 Prefijo FEHF numeracion 200001 al 500000

FACTURAR A:

NOMBRE :	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 - POLICIA
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT
NIT:	900339410
DIRECCIÓN:	Escuela Carabineros Manizales
TELÉFONO:	0
CIUDAD:	MANIZALES
PAÍS:	Colombia

NOMBRE:	HERNANDEZ MONCADA CARLOS ANDRES
TIPO Y NO. DE ID DEL USUARIO:	- CC-15962183
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de Excepción cotizante
EDAD:	42 A
DIRECCIÓN:	BARRIO EL ALTO CRA 4 #4-44
TELÉFONO:	3206953231
MUNICIPIO:	SALAMINA
UNIDAD FUNCIONAL:	2 - U.F SERVICIO AMBULATORIO
FECHA DE INGRESO Y EGRESO:	20240731 - 20240731
CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	176530064601

MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y PAGO	COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS	NÚMERO DE CONTRATO	NÚMERO DE POLIZA	PAGOS COMPARTIDOS EN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	FECHA INICIO	FECHA FIN
12	13	86-5-20078-24			20240731	20240731

ORDEN SERV. O SUBFACTURA:	MÉDICO	ESPECIALIDAD	FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	MONEDA	FORMA DE PAGO:
V05-109871	TABAREZ ARENAS JIMMY ALBERTO	MEDICINA_GENERAL	2024/08/01	2024/10/01	COP	Crédito Plazo 60 MEDIO DE PAGO: Acuerdo mutuo

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	890201	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL	1	UNIDAD	$49,400	$49,400

TOTAL ÍTEMS: 1

OBSERVACIONES: #$16-01-02-040;86-5-20078-24;carlos.gallego3070@correo.policia.gov.co#$

Facturado por:

VALOR EN LETRAS: CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS

El pago no oportuno de la presente factura de venta, causará intereses de mora a la tasa máxima legal establecida por la Superintendencia Financiera. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida presentación por razón de la persona que reciba la mercancía o servicio en sus dependencias y suscriba la factura de venta, para efectos de la aceptación del título valor (Art. 2 ley 1231/08). La presente factura de venta tiene el carácter de título valor. Por cumplir con la totalidad de los requisitos legales señalados en el artículo (3) Ley 1231 /08, se aplicarán a la presente factura de venta en lo pertinente, las normas relativas a la letra de cambio (Art. 7 Ley 1231/08). La presente factura se asimila a una letra de cambio.

SUBTOTAL	$49,400.00
DESCUENTO	$0.00
IVA	$0.00
TOTAL	$49,400.00

Apreciado cliente este documento no es endosable

Fecha de recibido:

Nombre:

Identificacion:

Firma:_____

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Linea de negocio:

Fecha Generación Erp: 2024-08-01 04: 31:17 - Fecha Validación Dian: 2024-08-0105:10.46

© Copyright 2024. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones.

EMPRESA: HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL
DIRECCION : CL 3 # 9A 21
EMAIL: correspondencia@esefelipesuarez.gov.co
NIT: 890.801.026 8
No. SGSSS:176530064601

ORDEN DE SERVICIO
NRO: V05 109871

FECHA EXP.:	Jul.31/2024 08:28	**F. VENCE:**	Jul.31/2024
CONTRATANTE:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA	**NIT:**	900.339.410-8
DIRECCION:	Escuela Carabineros Manizales	**TEL:**	
MODALIDA:	POR SERVICIO	**CODIGO:**	5.001
COBERTURA:	COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION		
FORMA PAGO:	PLAZO 30 DIAS	**MED PAGO:**	Acuerdo mutuo

P.APELLIDO	HERNANDEZ	**S.APELLIDO**	MONCADA	**P.NOMBRE:**	CARLOS
S.NOMBRE	ANDRES				
ID:	CC 15962183			**EDAD:**	42 Años
ESTRATO:					
MUNICIPIO:	SALAMINA			**TELEFONO:**	3206953231
TIPO:	ESPECIALES O DE EXCEPCION BENEFICIARIO				
N.SOPORTE:	V05 109871			**No. HISTORIA:**	99 15962183
FECHA INGRESO:	Jul.31/2024	**HORA**	08:40	**FCH. SALIDA:**	Jul.31/2024
HORA	08:40				
FECHA REMISION:	Jul.31/2024	**FCH. REAL ING.:**	Jul.31/2024	**UNID FUNCIONAL:**	U.F SERVICIO AMBULATORIO
MEDICO:	TABAREZ ARENAS JIMMY ALBERTO			**ESPECIALIDAD:**	MEDICINA_GENERAL
AUTORIZACION:	8021058			**No. DE POLIZA:**	
DIAGNOSTICO:				**CONTRATO:**	86-5-20078-24

CODIGO	No.	No CR	DESCRIPCION	UNIDAD	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
890201	0000	01	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL	unidad	1	49,400.00	49,400.00

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:		**TOT LINEAS**	1	➡	49,400.00
MENOS EL VALOR PAGADO POR:	HERNANDEZ MONCADA CARLOS ANDRES			➡	0.00
EL TOTAL A PAGAR POR:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA			➡	49,400.00

SON: CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M.L.

OBSERVACIONES:

MARIA FERNANDA AVILA					
ELABORADO	**FIRMA PACIENTE**		**RECIBI**		**RESPONSABLE HOSPITAL**

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD
FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código de Atención: 8021058 **Fecha y hora de elaboración:** 25/7/2024 08:30:23

Información del prestador:

Nombre: 890801026 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE

Departamento: CALDAS **Municipio:** SALAMINA

Dirección: CL3 9A 21 SALAMINA CALDAS **Teléfono:** 968595306

Información del paciente:

Nombre: CARLOS ANDRES HERNANDEZ MONCADA

Departamento: CALDAS **Identificación:** 15962183

Municipio: SALAMINA **Municipio:** SALAMINA

Fecha de Nacimiento: 31/12/1981 **Teléfono:** 0

Servicios autorizados:

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
890201B	890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1

25/07/2024 1:00:00 a. m. **25/07/2024 11:59:00 p. m.**

Observaciones:

PACIENTE QUE REQUIERE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL, SUJETA A VERIFICACION MEDICA. Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200078-24

Datos funcionario que autorizó el servicio:

Nombre: Carlos Mario Gallego

IMPORTANTE: Autorización válida por 90 días. Sujeta a auditoria de Cuentas Médicas

AUTORIZACIÓN ORIGINAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CASUR

CC15962183
Documento de Identificación

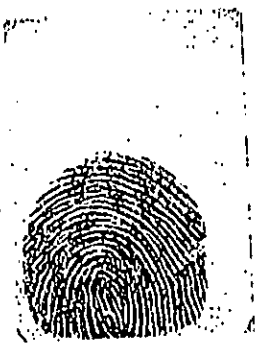
HERNANDEZ MONCADA
Apellidos

CARLOS ANDRES
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

SUBINTENDENTE (R)
Grado del Titular





31-DIC-1981
Fecha de nacimiento

094192368
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8		
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA	Atencion:	5
		Fecha:	Jul.31/2024

Nombre:	HERNANDEZ MONCADA CARLOS ANDRES	Edad:	42 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3206953231	Estrato:	OTRO-		
Historia:	15962183	Id:	CC	15.962.183	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	08:40		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: TENGO UNA INFECCION

Enfermedad Actual: MASCULINO DE 42 AÑOS CON AP DE INFECCION POR H. PILORY NO TRATADA DESDE HACE UN AÑO, COMENTA AHORA QUE HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL DESDE HACE 1 MES ASOCIADO A NAUSEAS Y CONSTIPACION

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: INFECCION POR H. PILORY
FARMACOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: OS TOBILLO DERECHO
ALERGICOS: NIEGA
TOXICOS: NO REFIERE
INMUNIZACIONES: 2 DOSIS PARA SARS COV 2

PARACLINICOS
NO APORTA

Revision por Sistemas: NORMAL

Antecedentes:

Personales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Familiares: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Examen Fisico:

Estado General: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL
NORMOCEFALO ISOCORIA NORMORREACTIVA, ROJO RETINIANO PRESENTE ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS ROSADAS HIDRATADAS.
CUELLO SIN ADENOPATIAS NI ADENOMEGALIAS NO IY.
TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS.
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION EPIGASTRICA, SIN MASAS O MEGALIAS PALPABLES, PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIOVOS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GENITORUINARIO: DIFERIDO
EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMETRICAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS , LLENADO CAPILAR <2 SEG, PULSOS SIMETRICOS.
NEUROLOGICO SIN DEFICIT FOCAL, NI SENSITIVO O MOTOR. ROT ++/++++, FUERZA EN MS 5/5 Y MI 5/5 SIN SIGNSO DE IRRITACION MENINGEA.

Signos Vitales: Peso: 90.00 KG Kg, Talla: 178 Mts, IMC: 28.4, Clasificacion: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 74 Xm, Frecuencia Cardiaca: 0 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistolica: 126, P.Diastolica: 76, P.Arterial Media: 92.66, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,

Paraclinicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8				
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA		Atencion:		5
			Fecha:		Jul.31/2024
Nombre:	HERNANDEZ MONCADA CARLOS ANDRES	Edad:	42 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3206953231	Estrato:	OTRO-		
Historia:	15962183	Id:	CC 15.962.183		
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	08:40		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

Concepto Medico: MASCULINO DE 42 AÑOS CON AP DE INFECCION POR H. PILORY NO TRATADA DESDE HACE UN AÑO, COMENTA AHORA QUE HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL DESDE HACE 1 MES ASOCIADO A NAUSEAS Y CONSTIPACION. A LA VALORACION, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCARDICO, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION EPIGASTRICA, SIN MASAS O MEGALIAS PALPABLES, PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIOVOS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. APCIENTE CON CUADRO DE INFECCION POR H. PILORY, SE ORDENA TRATAMIENTO TETRACONJUGADO Y ORDEN DE TEST DE ALIENTO DE CONTROL. ADEMAS SE ORDENA COMPLEJO B POR DOLOR EN REGION GEMELAR BILATERAL.

Diagnostico: Dx.Principal: K297-GASTRITIS, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO NUEVO, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: , Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 116806 - Jul.31/2024

1. CLARITROMICINA 500 MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:42, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 14 DIAS.
2. METRONIDAZOL 500 MG TABLETA - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:42, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 14 DIAS.
3. OMEPRAZOL 20 MG - CAPSULA, Via:ORAL, Cantidad:14, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 14 DIAS.
4. SUCRALFATO 1 G - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:28, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 14 DIAS.

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 116808 - Jul.31/2024

1. VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA 1 MG/ML) - SLN INYECTABLE, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:3, Dosis:APLICAR 1 AMPOLLA CADA 8 DIAS POR 21 DIAS.

ORDEN DE LABORATORIO - W05 48318 - Jul.31/2024

1. PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory -, Cantidad:1, Obs:CONTROL 15 DIAS POSTERIOR A TERMIANR TRATAMIENTO.

RECOMENDACIONES - W10 108691 - Jul.31/2024

1. REALIZAR EJERCICIO CON FRECUENCIA, MINIMO 3 A 4 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS
2. CONSUMO BAJO DE SAL, GRASAS, HARINAS, BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y FIBRA.
3. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, TABACO, LICOR, DROGAS PSICOACTIVAS. CONTROLAR EL ESTRES, TENSION O ANSIEDAD.
4. EN MUJERES AUTOEXAMEN DE SENO CADA MES, CITOLOGIA CADA AÑO EN MENORES DE 70AÑOS, MAMOGRAFIA CADA AÑO EN MAYORES DE 50 AÑOS
5. EN HOMBRES AUTOEXPLORACION TESTICULAR, EXAMEN DE PROSTATA CADA AÑO EN MAYORES DE 45 AÑOS
6. REVISION DE AGUDEZA VISUAL, REVISION ODONTOLOGICA.