CENTRAL DE URGENCIAS NORTE CONSULTA EXTERNA

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 3737 - 85671124
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS No. 20250401169091812
Vigencia del tratamiento: Desde 01/04/2025 hasta 30/06/2025

NIT. 9010416913
Calle 163A # 22- 52.Teléfono: 6014871929
Primer apellido: MARTINEZ Segundo apellido: ORTIZ Primer Nombre: LISSETH Segundo Nombre: DAYANA
Identificación: RC 1033121188 - Sexo: Femenino - Edad: 7 Años
Fecha de nacimiento: 2018/03/08

BOGOTA D.C.
2025-04-01 09:39
Contrato E.P.S Sanitas: 10-6638576-1-3
Historia Clínica: 1033121188
Tipo de Usuario: Otro

DIAGNÓSTICO(S):

(Z828) ,(J450) ,(K591) ,(J303) ,(Q909)

ESTOS MEDICAMENTOS NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS

La prescripción de medicamentos deberá hacerse utilizando la Denominación Común Internacional (nombre genérico) - Decreto 780 de 2016.

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	**Mometasona furoato 50mcg/Dosis (0.05%) Susp Inh Nas** Aplicar (vía Intranasal) 2 puff cada 24 hora(s) por 90 día(s).	180 (ciento ochenta) puff	3
2	**Beclometasona dipropionato 50mcg/Dosis Sol Inh Bucal** Inhalación bucal 2 puff cada 12 hora(s) por 90 día(s).	360 (trescientos sesenta) puff	3

Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica

*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

MÉDICO

Karen Stella Ramon
Medico Pediatra
Universidad Del Rosario
RM. 11751305

Karen Stella Ramon Gomez - Pediatria
CC 52697613 - RM. 52697613

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Revisado 02-04-25

Firma del paciente

- Impreso: 01/04/2025, 09:46:38

Copia Impresión realizada por: ksramon

Firmado Electrónicamente

Escaneado con CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145	
Versión: 1	
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019	
Página: 1 de 2	

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Lisseth Dayana Martinez Ortiz

No. DE DOCUMENTO: 1033121188

RC: [X] TI: [ ] CC: [ ]

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

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	02/04/2025			03/04/2025			04/04/2025			05/04/2025			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año			Dia/mes/año		
	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
Mometasona Nebl 2-0-0 Inh 50mcg/d c/24h 8																																											
Beclometasona Inh 2-0-2 Inh 50mcg/d c/12h 8 - 20																																										
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud MAÑANA (07:00 - 13:00 horas) TARDE (13:00 - 19:00 horas) NOCHE (19:00 - 07:00 horas)																																											

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

LA CAROLINA MEDICAL IPS

Salud digestiva — Bienestar integral

Fecha: 28/mar./2025
Paciente: MARIANA CALDERON CASTRO
Doc. Id.: TI 1033117313

IDx:1.- TRANSPLANTE HEPATICO EN 2016. 2. DOLOR ABDOMINAL ??

Plan:

SACCHAROMYCES BOULARDII SOBRES 250 MG (40 SOBRES)
TOMAR 1 SOBRE CADA 12 HORAS POR 20 DÍAS

Nombre completo del especialista: YAHELA ANGULO LOZANO
Registro Médico:35143415

LA CAROLINA MEDICAL IPS
Dra. Yahela Angulo Lozano
Gastropediatria
C.C. 35.143.415

Dr(a). YAHELA ANGULO LOZANO
M.D. Gastroenterología

Revisado 02-04-2025

Sede La Carolina
Carrera 14 #127 -11
Quinto y sexto piso

Sede Gradeco
Calle 127 # 14-54
Oficina 602

Sede Calle 104
Carrera 45 # 104A-97

enfermeria@lacarolinamedical.com
www.lacarolinamedical.com
@lacarolinamedicalips

350 318 9966 - 390 7147
+57 300 315 9618

Escaneado con CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145	
Versión: 1	
Fecha: Memo I2019031525 - 12/07/2019	
Página: 1 de 2	

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro renacer

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Marisol calderon castro

No. DE DOCUMENTO: 1033117313

RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

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

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	01/04/2019			02/04/2019			03/04/2019			04/04/2019			05/04/2019			06/04/2019			07/04/2019			08/04/2019			09/04/2019			10/04/2019			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año		
	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	M	T	N
Acido Valproico V.O 5-5-8 Susp 250mg/5ml c/8h 8-16-24	E			8																																													
		16			16																																													
			24																																														
Olanzapina V.O 1-0-1 Tab 10mg c/12h 8-20				8																																												
	E																																														
			20																																													
Ciclosporina V.O 0.6-0.06 Susp 100mg/ml c/12h 8-20				8																																												
	8																																														
			20																																													
Everolimus V.O 1-0-0 Tab 0.5mg c/24h 10																																															
	10			10																																												
Prednisolona V.O 0-0-3 Susp 3mg/ml c/24h 6																																															
			06																																												
Levetiracetam V.O 5-0-5 Susp 100mg/ml c/12h 8-20				8																																												
	8																																														
			20																																													
Aripiprazol V.O 2-0-5 Susp 1mg/ml c/12h 8-20				8																																												
	8																																														
			20																																													
Difenhidramina V.O 0-0-10 Susp 12.5 mg/ml c/24h 20																																															
			20																																													
Levomepromazina V.O 10 gts 6 gts 4% Si agitación.																																															
Floratil V.O 1-0-1 Sobre 250mg c/12h 8-20																																															

Nombre y Cédula del Profesional de la Salud

MAÑANA (07:00 - 13:00 horas)
TARDE (13:00 - 19:00 horas)
NOCHE (19:00 - 07:00 horas)

Camilo Cano
Camilo Cano
Johanna Gomez 1023869514
Mari Padilla 1016037994

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

NIT. 900971006-4

26/03/2025 8:17 a. m.

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Folio 32

Paciente	**QUEVIN DAVID DAZA MARTIN**	**Edad**	13 Años / 9 Meses / 22 Días	**No. Historia**	**1012398437**
Identificacion	**1012398437**	**Telefono**	3102175279	**Ingreso**	**2811760**
Centro Atencion	HOSPITAL CHAPINERO			**Fecha Ingreso**	26/03/2025 7:07:55 a. m.
Direccion	Calle 66 No 15-41	**Telefono**	4431790	**Fecha prescripcion**	26/03/2025 8:16 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS SAS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD			**Sum Paciente**	
No. Cama		**Area de Servicio:**	CHPA17 - C. EXT PSIQUIATRÍA USS CHAPINERO		FA40 - FARMACIA CAPS CHAPINERO

Plan de Beneficios: **CAPITAL SALUD EPS SAS - PGP SUBSIDIADO**

Diagnostico Principal : F729 - RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO

MEDICAMENTOS POS

CUM	Medicamento	Concentra.	Cantidad	Dosis	Frecuencia	Unidad	Via Admin.	Dura.
20199946-1	MD0639 RISPERIDONA TABLETA 2mg	2 MG	270 DOSCIENTOS SETENTA	2,0	8 Hora	MILIGRAMO	Oral	90 d

Observaciones: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS

Total Items: 1

28 mayo

PAULO CAMACHO CACERES
PSIQUIATRIA
Cédula de ciudadanía-11439395

Reclame *INMEDIATAMENTE*, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm jornada continua, sabados de 7:00 a.m a 12:00 M

05/04/2025

Revisado
10-04-25
11439395

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

Escaneado con CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145
Versión: 1
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019
Página: 1 de 2

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

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Quevin David Daza Marvin
No. DE DOCUMENTO: 1012398457
RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

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

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	01/04/2025	02/04/2025	03/04/2025	04/04/2025	05/04/2025	06/04/2025	07/04/2025	08/04/2025	09/04/2025	10/04/2025	11/04/2025	12/04/2025	Día/ mes/año	Día/ mes/año	Día/ mes/año	Día/ mes/año
Carbamazepina V.O 10-0-10 Susp 2%. c/12h 8-20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8						
Acido Valproico V.O 10-0-10 Susp 250mg/5mL c/12h 8-20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8						
Risperidona V.O 1-0-1 Tab 2mg c/12h 8-20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8, N 20	M 8						
Risperidona V.O 1-1-1 Tab 2mg c/8h 8-16-24										T 16						

Nombre y Cédula del Profesional de la Salud
MAÑANA (07:00 - 13:00 horas)
TARDE (13:00 - 19:00 horas)
NOCHE (19:00 - 07:00 horas)

Firmas (en orden de izquierda a derecha): Carmen Bravo (firma); Johanna Camelo 1023869514; Mari Padilla 1016077994; Sandra Rico 20532264; Carmen Bravo (firma); Johanna Camelo 1023869514; Mari Padilla 1016077994; Sandra Rico 20532264; Mari Padilla 1016077994; Johanna Camelo 1023869514; Mireya Ahumada 39787713; Sandra Rico 20532264; Carmen Bravo (firma); Johanna Camelo 1023869514; Mari Padilla 1016077994; Katrin Guerrero Gutiérrez; Carmen Bravo (firma); Johanna Camelo 1023869514; Mari Padilla 1016077994; Mari Padilla 1016077994

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

NIT. 900971006-4

31/03/2025 8:27 a. m.

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Folio 28

Paciente	**BETSI JACKELINE NEIRA NEIRA**	**Edad**	10 Años / 6 Meses / 12 Días	**No. Historia**	**1127362681**
Identificacion	**1127362681**	**Telefono**	3112048909	**Ingreso**	**2832114**
Centro Atencion	HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80			**Fecha Ingreso**	31/03/2025 7:52:07 a. m.
Direccion	TRANSVERSAL 100 A # 80 A - 50	**Telefono**	4431790	**Fecha prescripcion**	31/03/2025 8:27 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS SAS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD			**Sum Paciente**	
No. Cama		**Area de Servicio:**	ENGA21 - C. EXT OFTALMOLOGÍA USS ENGATIVÁ		FA30 - FARMACIA HOSPITALARIA ENGATIVA

Plan de Beneficios: **CAPITAL SALUD EPS SAS - PGP SUBSIDIADO**

Diagnostico Principal : H101 - CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA

MEDICAMENTOS POS

CUM	Medicamento	Concentra.	Cantidad	Dosis	Frecuencia	Unidad	Via Admin.	Dura.
19998840-1 MD0203	CROMOGLICATO DE SODIO 40mg/mL (4%) SOLUCION OFTALMICA 200mg FRASCO GOTERO 5mL	40 MG/ML (4%) 5ML	4 CUATRO	1,0	8 Hora	MILIGRAMO	Oftálmica	120 d

Observaciones: APLICAR 1 GOTA CADA 8 HORAS AMBOS OJOS POR 4 MESES.

Total Items: 1

(2) 8 mayo

Claudia Laverde
Médica Oftalmóloga
R.M. 52899357

CLAUDIA MARCELA LAVERDE CUBIDES
OFTALMOLOGIA
Cédula de ciudadanía-52899357

Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm jornada continua, sabados de 7:00 a.m a 12:00 M

Revisado 10-04-25

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Código: FOR-PSS-145 Versión: 1 Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019 Página: 1 de 2

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Betsi Jackeline neira neira

No. DE DOCUMENTO: 1127362681

RC: ☐ TI: ☑ CC: ☐

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

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	01/04/2025 M	T	N	02/04/2025 M	T	N	03/04/2025 M	T	N	04/04/2025 M	T	N	05/04/2025 M	T	N
PEG V.O															
0-0-1 Sobre 17gr															
c/24h 20			20			20			20			20			20
Bisacodilo V.O															
0-0-1 Tab 5mg															
c/24h 20			20			20			20			20			20
Baclofeno V.O			22			22			22			22			22
½-½-½ Tab 10mg		14			14			14			14			14	
c/8h 14-22-6			06			06			06			06			06
Cromoglicato Sod Oft															
1-1-1 Gts Oft 40mg/ml															
c/8h 14-22-6															
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud		[illegible]	Johanna Camelo 1023869514		Mari Padilla 1016077994	Sandra [illegible]		[illegible]	Johanna Camelo 1023869514		Mari Padilla 1016077994	Sandra [illegible]		Mari Padilla 1016077994	Johanna Camelo 1023869514

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	06/04/2025 M	T	N	07/04/2025 M	T	N	08/04/2025 M	T	N	09/04/2025 M	T	N	10/04/2025 M	T	N
PEG V.O															
0-0-1 Sobre 17gr															
c/24h 20			20			20			20			20			
Bisacodilo V.O															
0-0-1 Tab 5mg															
c/24h 20			20			20			20			20			
Baclofeno V.O			22			22			22			22			
½-½-½ Tab 10mg		14			14			14			14			14	
c/8h 14-22-6			6			06			6			6			
Cromoglicato Sod Oft															
1-1-1 Gts Oft 40mg/ml															
c/8h 14-22-6														14	
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud		Mari Padilla 1016077999	Sandra [illegible]		[illegible]	Johanna Camelo 1023869514		Mari Padilla 1016077994	Katrin Guerrero [illegible]		[illegible]	Johanna Camelo 1023869514		Mari Padilla 1016077994	

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	11/04/2025 M	T	N	12/04/2025 M	T	N	13/04/2025 M	T	N	Día/ mes/año M	T	N	Día/ mes/año M	T	N	Día/ mes/año M	T	N
PEG V.O																		
0-0-1 Sobre 17gr																		
c/24h 20																		
Bisacodilo V.O																		
0-0-1 Tab 5mg																		
c/24h 20																		
Baclofeno V.O																		
½-½-½ Tab 10mg																		
c/8h 14-22-6																		
Cromoglicato Sod Oft																		
1-1-1 Gts Oft 40mg/ml																		
c/8h 14-22-6																		
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud																		

Nombre y Cédula del Profesional de la Salud

MAÑANA (07:00 - 13:00 horas)
TARDE (13:00 - 19:00 horas)
NOCHE (19:00 - 07:00 horas)

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

NIT. 900971006-4

26/03/2025 8:39 a. m.

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Folio 45

Paciente	**LENNY DANIEL SUAREZ CARDOSO**	**Edad**	11 Años / 3 Meses / 11 Días	**No. Historia**	**1029151917**
Identificacion	**1029151917**	**Telefono**	3045757818	**Ingreso**	**2811746**
Centro Atencion	HOSPITAL CHAPINERO			**Fecha Ingreso**	26/03/2025 7:06:48 a. m.
Direccion	Calle 66 No 15-41			**Fecha prescripcion**	26/03/2025 8:37 a. m.
		Telefono	4431790		
Entidad	CAPITAL SALUD EPS SAS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD			**Sum Paciente**	
No. Cama		**Area de Servicio:**	CHPA17 - C. EXT PSIQUIATRÍA USS CHAPINERO	FA40 - FARMACIA CAPS CHAPINERO	

Plan de Beneficios: **CAPITAL SALUD EPS SAS - PGP SUBSIDIADO**

Diagnostico Principal : F721 - RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS POS

CUM	Medicamento	Concentra.	Cantidad	Dosis	Frecuencia	Unidad	Via Admin.	Dura.
20199943-1	MD0635 RISPERIDONA TABLETA 1mg	1mg	180 CIENTO OCHENTA	1,0	12 Hora	MILIGRAMO	Oral	90 d

Observaciones: TOMR 1 TABLETA CADA 12 HORAS pasó a tableta

Total Items: 1

PAULO CAMACHO CACERES
PSIQUIATRIA
Cédula de ciudadanía-11439395

Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm jornada continua, sabados de 7:00 a.m a 12:00 M

Revisado 10-04-25 11439395

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

Escaneado con CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145
Versión: 1
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019
Página: 1 de 2

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Jenny Daniel Suarez Cruz
No. DE DOCUMENTO: 1024151913
RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

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

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	01/04/2023	02/04/2023	03/04/2023	04/04/2023	05/04/2023	06/04/2023	07/04/2023	08/04/2023	09/04/2023	10/04/2023	11 horas	12 horas	13 horas	14 horas	15 horas	16 horas
	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
Azoflu Nasal 0-0-2 Puff 137+50mcg c/24h 6		06	6		06		6		6		6					
Risperidona V.O 0,25-0-0,25 6ts 1% c/12h 8-0-20	8	20	20		20		20		20		20					
Acetaminofen V.O 10-10-10-10 Sol 150ml/5ml c/6 12-18-24-6								12	18	6	18	6	12	18		
Risperidona V.O 1-0-1 Tab 1mg c/12h 8-20								24		24		24				

Nombre y Cédula del Profesional de la Salud

MAÑANA (07:00 - 13:00 horas)
TARDE (13:00 - 19:00 horas)
NOCHE (19:00 - 07:00 horas)

01/04/2023	02/04/2023	03/04/2023	04/04/2023	05/04/2023	06/04/2023	07/04/2023	08/04/2023	09/04/2023	10/04/2023
Coem Icau Jun	Johanna Cometo 1023864514 Mari Padilla 1016033994	Johanna Cometo 1023864514 Coem Icau Jun	Johanna Cometo 1023864514 Mari Padilla 1016033994	Johanna Cometo 1023864514 Mari Padilla 1016033994	Johanna Cometo 1023864514	Johanna Cometo 1023864514 Coem Icau Jun	Johanna Cometo 1023864514 Mari Padilla 1016033994	Katin Guzmán 1016033994 Coem Icau Jun	Coem Icau Jun

11/04/2023	12/04/2023	13/04/2023	14/04/2023	15/04/2023	16/04/2023
Coem Icau Jun	Johanna Cometo 1023864514 Mari Padilla 1016033994	Mari Padilla 1016033994			

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

FÓRMULAS MÉDICAS TERAMED SAS-IPS		
VERSIÓN V1.0	Teramed	VALIDEZ: 2025
CÓDIGO: 3740402		HOSPICASA

NOMBRE Y APELLIDOS: LUIS MANUEL GONZALEZ MORENO **TIPO IDENTIFICACIÓN:** TI **IDENTIFICACION:**1029294436

FECHA: 17/03/2025 **EDAD:** 9 **GENERO:** MASCULINO **RH:** **FECHA NACIMIENTO:** 27/07/2015

NACIONALIDAD: NO DECLARA **DIRECCIÓN:** KR A 77 B IS 64 I 50 CENTVO REN ACER **MUNICIPIO:** BOGOTA D.C.

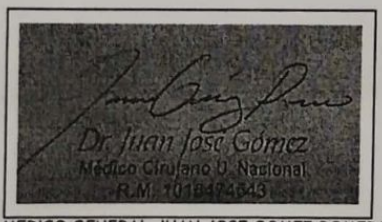
OCUPACION: **ESTADO CIVIL:** NO DECLARA **EPS:** CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S **REGIMEN:** SUBSIDIADO

FÓRMULA DE MEDICAMENTOS

TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	IPRATROPIO BROMURO SOLUCION INHALACION 0.025 %/ FCO 20 ML	30	1	PARA MICRONEBULIZACIONES
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	NISTATINA/OXIDO DE ZINC CREMA 100000+200 UI/MG/60 G	30	2	USO DIARIO PARA CAMBIOS DE PAÑAL
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 50 MCG/200 DOSIS AEROSOL BUCAL	30	1	2 PUFF CADA 12 HORAS
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	BACLOFENO TABLETA 10 MG	30	80	1 TAB - 1TAB - MEDIA TAB. SE ORDENA CANTIDAD POR PRESENTACION DE BLISTER
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	ACETATO DE ALUMINIO LOCION 0.053% FRASCO X 400ML	30	1	APLICAR 2 VECES AL DIA EN LESIONES POR DERMATITIS EN HOMBROS
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	SULFADIAZINA DE PLATA CREMA 1 %/30 G	30	1	APLICAR CADA 12 HORAS EN GRANULOMA DE ESTOMA DE GASTROSTOMIA
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION (AEROSOL)	30	2	2 PUFF CADA 8 HORAS
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	OXIGENO DOMICILIARIO A 2 LITROS/MIN/24 HORAS	30	1	USO DIARIO
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	LEVETIRACETAM SOLUCION ORAL 100 MG/ML/120 ML	30	2	4 CC CADA 12 HORAS
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	BISACODILO 5 MG TABLETA	30	20	1 CADA 48 HORAS (CANTIDAD POR PRESENTACION DE BLISTER)
TIPO	DESCRIPCIÓN	DÍAS TRATAMIENTO	CANTIDAD	INDICACIONES
MEDICAMENTO	POLIETILENGLICOL 3350 SOBRE POLVO PARA RECONSTITUIR 100 G/100G/17 G	30	10	1 SOBRE DILUIDO EN AGUA CADA 72 HORAS

NO

NO



MEDICO GENERAL:JUAN JOSE GOMEZ ROMERO
CEDULA: 1.018.474.543
REGISTRO: 1018474543

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145	
Versión: 1	
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019	
Página: 2 de 2	

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Vanguardia

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Luis Manuel Gonzales Moreno

No. DE DOCUMENTO: 1029299936

RC: ☐ TI: ☐ CC: ☐

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																																							
	Día/ mes/año			9/04/2025			12/04/2025			19/04/2025			20/04/2025			21/04/2025			22/04/2025			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año		
	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
Esomeprazol SG 0-0-1 Tab 20mg c/24h 6						6			6																																	
Baclofeno SG 1-1-½ Tab 10mg c/8h 8-16-24	8	16		8	16	24	8	16	24	8	16																															
Levetiracetam SG 4-0-4 Susp 100mg/1ml c/12h 8-20	8			8		20	8		20	8																																
Beclometasona Inh 2-0-2 Inh 50mcg/d c/12h 8-20	8			8		20	8		20	8																																
Salbutamol Inh 2-2-2 Inh 100mg/d c/8h 8-16-24	8	16		8	16	24	8	16	24	8		16																														
Sulfadiazina Plata top 1-0-1 Crema 1% c/12h 8-20	8			8		20	8		20	8																																
PEG SG 0-0-1 Sqr Fco 255gr c/24h 20						20			20																																	
PEG SG 0-0-1 Sqr Sobre 17gr c/72h 20																																								
Bisacodilo SG 0-0-1 Tab 5mg c/48h 20																																								
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud MAÑANA (07:00 - 13:00 horas) TARDE (13:00 - 19:00 horas) NOCHE (19:00 - 07:00 horas)	Diana Cruz 52276665	Diana Cruz 52276665		Wachmo Arteaga 1951884 Med. Pediatra 1016077224		0993867961	Diana Cruz 52276665 Med. Pediatra 1016077224		0993867961	Wachmo Arteaga 1951884 Med. Pediatra 1016077224																																		

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

Fecha y Hora de Solicitud: 10/04/2025 10:54 Pag 1/ 1
Consecutivo: OR-16993723

Paciente Crónico

laCardio

Dr(a). FELIPE ORDOÑEZ GUERRERO, GASTRO - ENF HEPATICAS PED

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente:	CALDERON CASTRO, MARIANA		
Historia Clinica:	1058423-36	**Sexo:**	Femenino
Tipo Identificación:	TI	**Identificación:**	1033117313
Segundo Identificador:	30/07/2015		
Tipo Paciente:	BENEFICIARIO-REGM CONTRIBUTIVO	**Edad:**	9 Años

Servicio:	TORRE DE ESPECIALISTAS PISO 7	**Habitación:**	
Ubicación:	CONSULTORIO 703-TORRE I P7	**Regimen:**	CONTRIBUTIVO
Nombre de EPS/ARS:	SALUD TOTAL E.P.S		
Diagnóstico:	Z944: TRASPLANTE DE HIGADO		

MEDICAMENTOS

Medicamento	Posólogia	Recomendaciones de Prescipción	Cantidad prescrita (Números/Letras)
PrednisoLONA 3 mg/mL solución oral - frasco 60 mL	1 MILILITROS, ORAL, Cada 24 horas, por 120 DIAS		2 / dos, FRASCO
Everolimus 0,5 mg tableta	0.5 MILIGRAMO, ORAL, Cada 24 horas, por 120 DIAS		120 / ciento veinte, TABLETAS

MEDICO QUE ORDENA

Nombre: FELIPE ORDOÑEZ GUERRERO, GASTRO-PEDIATRIA - GASTRO - ENF HEPATICAS PED, TRASPLANTE HEPATICO PEDIAT, INVESTIGACIONES
Registro: 80083902, CC 80083902

Firmado Electronicamente

FUNDACION CARDIOINFANTIL
Dirección: CALLE 163A No. 13B-60 -Telefono:PBX 6672727 CITAS 7563426 BOGOTA COLOMBIA - 169

Recuerde que estas ordenes las debe llevar a su eps para poder ser autorizadas, asi poder reclamar medicamentos y realizar examenes.

Fecha y Hora de Solicitud: 10/04/2025 10:54 Pag 1/ 1
Consecutivo: OR-16993723
Paciente Crónico
laCardio
Dr(a). FELIPE ORDOÑEZ GUERRERO, GASTRO - ENF HEPATICAS PED
DATOS DEL PACIENTE
Paciente: CALDERON CASTRO, MARIANA
Historia Clinica: 1058423-36 Sexo: Femenino
Tipo Identificación: TI Identificación: 1033117313
Segundo Identificador: 30/07/2015
Tipo Paciente: BENEFICIARIO-REGM CONTRIBUTIVO Edad: 9 Años
Servicio: TORRE DE ESPECIALISTAS PISO 7 Habitación:
Ubicación: CONSULTORIO 703-TORRE I P7 Regimen: CONTRIBUTIVO
Nombre de EPS/ARS: SALUD TOTAL E.P.S
Diagnóstico: Z944: TRASPLANTE DE HIGADO
MEDICAMENTOS
Medicamento | Posólogia | Recomendaciones de Prescipción | Cantidad prescrita (Números/Letras)
PrednisoLONA 3 mg/mL solución oral - frasco 60 mL | 1 MILILITROS, ORAL, Cada 24 horas, por 120 DIAS | | 2 / dos, FRASCO
Everolimus 0,5 mg tableta | 0.5 MILIGRAMO, ORAL, Cada 24 horas, por 120 DIAS | | 120 / ciento veinte, TABLETAS
MEDICO QUE ORDENA
Nombre: FELIPE ORDOÑEZ GUERRERO, GASTRO-PEDIATRIA - GASTRO - ENF HEPATICAS PED, TRASPLANTE HEPATICO PEDIAT, INVESTIGACIONES
Registro: 80083902, CC 80083902
Firmado Electronicamente
FUNDACION CARDIOINFANTIL
Dirección: CALLE 163A No. 13B-60 -Telefono:PBX 6672727 CITAS 7563426 BOGOTA COLOMBIA - 169
Recuerde que estas ordenes las debe llevar a su eps para poder ser autorizadas, asi poder reclamar medicamentos y realizar examenes.

Escaneado con CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145	
Versión: 1	
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019	
Página: 2 de 2	

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Maisna Calderon Castro

No. DE DOCUMENTO: 1033117313

RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

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

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación y Frecuencia)	17/04/2025			18/04/2025			19/04/2025			20/04/2025			21/04/2025			22/04/2025			23/04/2025			24/04/2025			25/04/2025			26/04/2025			27/04/2025			28/04/2025			29/04/2025			30/04/2025			Día/ mes/año			Día/ mes/año		
	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
Acido Valproico V.O 5-5-8 susp 250mg/5ml. c/8h 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																			
Olanzapina V.O 1-0-1 Tab 10mg c/12h 8-20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20																					
Ciclosporina V.O 0.6-0-0.6 Susp 100mg/ml c/12h 8-20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20																					
Everolimus V.O 0-0-1 Tab 0,5mg c/24h 22			22			22			22			22			22						22																									
Prednisolona V.O 0-0-3 Susp 3mg/1ml. c/24h 6			06			06			06			06			06			6			06																									
Lecmeprometazina V.O 10gts 6ts 4% Si agitación.																																														
Aripiprazol V.O 5-0-5 Susp 1%. c/12h 8-20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20																					
Prednisolona V.O 0-0-1 Susp 3mg/1ml c/24h 6																																													

Nombre y Cédula del Profesional de la Salud

MAÑANA (07:00 - 13:00 horas)
TARDE (13:00 - 19:00 horas)
NOCHE (19:00 - 07:00 horas)

Diana Cruz 52786685
Diana Cruz 52786685
Marquelys Uzcategui 1004080337
Sandra Rico 20532964
Mari Padilla 1016033994
Miryam Ahumada 39788713
Mari Padilla 1016033994
Marquelys Uzcategui 1004080337
Sandra Rico 20532964
Mari Padilla 1016033994
Miryam Ahumada 39788713
Cesar Bautista
Marquelys Uzcategui 1004080337
Mari Padilla 1016033994
Mari Padilla 1016033994
Sandra Rico 20532964
Cesar Bautista
Cesar Bautista
Marquelys Uzcategui 1004080337
Mari Padilla 1016033994
Mari Padilla 1016033994

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

NIT. 900971006-4

22/04/2025 1:42 p. m.

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Folio 4

Paciente ZARAY SOFIA FIGUEROA BARRERA
Identificacion 1016955653
Centro Atencion HOSPITAL CHAPINERO
Direccion Calle 66 No 15-41

Edad 16 Años / 0 Meses / 29 Días
Telefono 000000

No. Historia 1016955653
Ingreso 2919408
Fecha Ingreso 22/04/2025 1:09:57
Fecha prescripcion p. m.
22/04/2025 1:41 p. m.

Telefono 4431790

Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS . - REGIMEN SUBSIDIADO
No. Cama

Sum Paciente

Area de Servicio: CHPA10 - C. EXT MEDICINA GENERAL USS CHAPINERO — FA40 - FARMACIA CAPS CHAPINERO

Plan de Beneficios: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS - REGIMEN SUBSIDIADO CAPITACION

Diagnostico Principal : F067 - TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE

MEDICAMENTOS POS

CUM	Medicamento	Concentra.	Cantidad	Dosis	Frecuencia	Unidad	Via Admin.	Dura.
31190-1 MD0539	NAPROXENO TABLETA 500mg	500 MG	10 DIEZ	1,0	24 Hora	MILIGRAMO	Oral	10 d
Observaciones: TOMAR UNA TABLETA EN CASO DE DOLOR								
2009754 4-1 MD0135	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 5mg/mL 0.5% SOLUCION OFTALMICA 75mg FRASCO 15mL	5MG/ML (0.5%)	3 TRES	2,0	8 Hora	MILIGRAMO	Oftálmica	30 d
Observaciones: 2 GOTAS CADA 8 HORAS EN AMBOS OJOS								
2001896 7-1 MD0578	OXIMETAZOLINA CLORHIDRATO 0,25mg/mL (0,025%) SOLUCION NASAL 3,75mg FRASCO 15mL	0,025%	1 UN	1,0	24 Hora	MILIGRAMO	Oral	5 d
Observaciones: 1 GOTA EN FOSA NASAL IZQUIERDA POR 5 DIAS Y SUSPENDER								

Total Items: 3

Laura Paola Melo Lopez.

LAURA PAOLA MELO LOPEZ
MEDICINA GENERAL
Cédula de ciudadanía-1010139029

Reclame INMEDIATAMENTE, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm jornada continua, sabados de 7:00 a.m a 12:00 M

Escaneado con CamScanner

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIALES

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-145	
Versión: 1	
Fecha: Memo I2019031526 - 12/07/2019	
Página: 1 de 2	

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

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Renacer

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Zoray Sofia Figueroa Barrera

No. DE DOCUMENTO: 1047955653

RC: ☐ TI: ☒ CC: ☐

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

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación y Frecuencia)	28/04/2025			29/04/2025			30/04/2025			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año			Día/ mes/año		
	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
Oximetazolina Nasal 0-0-1 Sol Nas 0,025% c/24h 20																																														
Naproxeno V.O. 1 Tab Tab 500mg Si dolor																																													
Nombre y Cédula del Profesional de la Salud MAÑANA (07:00 - 13:00 horas) TARDE (13:00 - 19:00 horas) NOCHE (19:00 - 07:00 horas)																																													

Nota: Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Escaneado con CamScanner