REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO DOCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI
Santiago de Cali, veintidós (22) de octubre de dos mil veintiuno

Auto Nº:	2412
Radicado:	760013110701-2018-00039-00
Proceso:	INTERDICCION JUDICIAL POR DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA
Demandante:	AZUL CANELA
Interdicta:	OTILIA BALANTA
Tema y subtemas:	AGREGA Y REQUIERE

SE AGREGA al expediente la documentación allegada por la señora AZUL CANELA consistente en copia de historia clínica actualizada de la señora OTILIA BALANTA, así como la relación entre ingresos y egresos mensuales correspondientes al período enero – junio de 2021. Sin embargo, observa el despacho que lo aportado no comprende el periodo del año tal como fue ordenado en auto No. 380 del 23 de febrero de 2021, sino sólo algunos meses.

De igual manera se solicitó también, un Informe de la Condición Personal de la Interdicta, el que podía ser emitido por el Hogar Santa Inés, por ser el lugar donde reside actualmente la señora OTILIA BALANTA, al ser ellos conocedores de su situación actual real; sin embargo el mismo no fue aportado y la referencia que se hace de su condición personal, es muy sucinta no quedando claro al Despacho, cuál es el estado actual personal de la señora Balanta.

En consecuencia, SE REQUIERE a la parte actora para que cumpla con lo dispuesto por esta instancia judicial en auto del 23 de febrero del año en curso, teniendo en cuenta las observaciones aquí realizadas.

NOTIFIQUESE,

ANDREA ROLDAN NOREÑA
JUEZ

Dirección: Carrera 10, número 12-75 Palacio de la Justicia Pedro Elías Serrano Abadía, Cali, Valle del Cauca.
Teléfono 898 68 68 ext. 2123
Correo electrónico j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Firmado Por:

Andrea Roldan Noreña
Juez
Juzgado De Circuito
Familia 012
Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
fed190aa45109fc01852cb207609ff44fc5a1b007c23a6b78e37b4d294f86545
Documento generado en 22/10/2021 11:13:16 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

Señora
JUEZ DOCE DE FAMILIA DE CALI
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DE INTERDICCION JUDICIAL
DEMANDANTE: AZUL CANELA
PRESUNTA INTERDICTA: OTILIA BALANTA
RADICACION 2017-390
INFORME DE INGRESOS Y EGRESOS 2020

AZUL CANELA mayor de edad, vecina de esta ciudad, portadora de la cédula de ciudadanía No. 51.862.509 expedida en Bogotá, en mi condición de guardadora de la señora, OTILIA BALANTA designada por su despacho mediante sentencia de fecha junio 22 de 2018 en el proceso referido, respetuosamente le manifiesto que doy cumplimiento a lo ordenado en la sentencia, realizando la Exhibición de las Cuentas de mi gestión presentando el balance y La confección del inventario de bienes (activos y pasivos) junto con los documentos de soporte correspondiente al periodo comprendido entre ENERO Y JUNIO de 2021.

Mi madre, declarada Interdicta señora OTILIA BALANTA continúa internada en el "HOGAR SANTA INES", conservando su habitación individual, tiene atención de enfermería tipo clínica las 24 horas, área de psicología, fisioterapia ocupacional, nutricionista y medicina de seguimiento, alimentación completa, servicio de lavandería. Adicional se pagan otras atenciones como el acompañamiento, transporte a citas médicas, clases de pintura, vestido, medicamentos, guantes, tapabocas, alimentos, arreglo de manos y pies.

Como siempre lo he informado, mi madre es pensionada de Colpensiones siendo esa su única fuente de ingreso.

El costo mensual de su estadía en el hogar es de $3.821.199 y para el primer semestre del año 2021 la suma cancelada fue de $22.927.194

Los costos adicionales acompañamiento, transporte a citas médicas, clases de pintura, vestido, medicamentos, guantes, tapabocas, alimentos, arreglo de manos y pies, ascienden a $13.712.489 de enero a junio de 2021

Realizando la operación aritmética de ingresos menos egresos sus egresos son superiores a sus ingresos.

TOTAL INGRESOS

CONCEPTO	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL POR SEIS MESES ENERO-JUNIO 2021
PENSION COLPENSIONES	$1.671.956 (Depositado Bancolombia)	$1.671.956
PENSION COLPENSIONES	$1.616.011,29 Depositado Davivienda)	$1.616.011,29
TOTAL	$3.287.967,29	$19.727.803.74

TOTAL EGRESOS

CONCEPTO	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL POR SEIS MESES
PENSION HOGAR "SANTA INES" Y GASTOS VARIOS	$3.821.199	$22.927.194
GASTOS VARIOS	$13.712.489.	$13.712.489
TOTAL		$36.639.683

TOTAL INGRESOS MENOS EGRESOS

CONCEPTO	INGRESOS	EGRESOS	TOTAL
PENSION SEMESTRAL	$19.727. 803.74	----------	$19.727. 803.74
PAGO PENSION HOGAR "SANTA INES"	----------	$22.927.194	$22.927.194,00
GASTOS VARIOS	----------	$13.712.489.	$13.712.489.00
TOTAL	$19.727. 803.74	$36.639.683	$-16.911.879,26

GASTOS MENSUALES

Mes de Enero de 2021	Gastos mensuales	$ 2.543.909
Mes de Enero de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.821.199
Mes de Febrero de 2021	Gastos mensuales	$3.806.095
Mes de Febrero de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.199.438.93
Mes de Marzo de 2021	Gastos mensuales	$1.920.854
Mes de Marzo de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.199.438.93
Mes de Abril de 2021	Gastos mensuales	$1.667.727
Mes de Abril de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.199.438.93
Mes de Mayo de 2021	Gastos mensuales	$1.820.354
Mes de Mayo de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.199.438.93

Mes de Junio de 2021	Gastos mensuales	$1.953.550
Mes de Junio de 2021	Gastos mensuales pensión hogar	$3.199.438.93
TOTAL	GASTOS PENSION Y OTROS	$36.639.683

Resumen:

Los ingresos son inferiores a los egresos, lo que indica que a mí me corresponde asumir de mis ingresos el saldo en rojo que arrojan sus gastos al año por valor de $-16.911.879,26.

Para soportar mi balance, acompaño los siguientes documentos:

1.- Historia clínica del médico general

2.- Constancia de pago Hogar Santa Inés

3.- Historia clínica neurólogo

4.- Historia clínica del psiquiatra

5.- Recibos de gastos varios ya enunciados

6.- Extractos bancarios de BANCOLOMBIA Y DAVIVIENDA donde aparece consignado el valor de las pensiones.

Cordialmente,

AZUL CANELA

Guardadora

CONSTANCIA DE PAGO HOGAR SANTA INES ENERO 2021

HISTORIA CLINICA NEUROLOGO

RESUMEN HISTORIA CLINICA DE PSIQUIATRIA
AÑO 2021

#142580317

Keralty
EPS SANITAS

INTERCONSULTA

Fecha: 25/01/2021, 07:09:07

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440
Código: 760010904304
Dirección: Cra 42 No. SE - 22 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/08/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: CR 56 1A 45 OEST AP 103 TORRE 3 - Teléfono(s): 3773634 - 3054708801
Correo electrónico: butterfylilus380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: CR 56 1A 45 OEST AP 103 TORRE 3 - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa
Interconsulta a: Psiquiatría
Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante **Prioridad:** No prioritario

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: 3 meses
Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Otto J. Sigado L. MDP
Medico Psiquiatra
Universidad del Valle
T.P. No. 1128055738

Otto Jose Sigado Laneve - Psiquiatra
CC 1128055738 - Registro médico 1128055738

- Impreso: 25/01/2021, 07:35:42 Impresión realizada por: ojsigado **Original** Página 1 de 4

Firmado Electrónicamente

Keralty

INTERCONSULTA

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medios Roosevelt - NIT. 800251440
Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
25/01/2021, 07:05:07
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, OTILIA BALANTA.
Motivo de consulta: Se aplica protocolo para consulta ya programada.
Se establece comunicación efectiva,
se han explicado los alcances de la atención por estos medios, se explican dificultades técnicas y lo relativo al hecho de no poder realizar valoración física, refiere entender y acepta.
Además entiende los riesgos explicados por exposición durante cuarenta por pandemia COVID-19 y que por esta situación se ha dado esta forma de consulta avalada por los decretos de MINSALUD

Enfermedad Actual: 90 años
Cali
Reside en hogar Santa Ines.
Pensionada enfermera jefe
Acudiente diana, aux enfermeria del hogar.

Se encuentra con careta y tapa bocas al mometno de la videoconsulta.
El dia de hoy acudió la hija a la institución. fue a visitarla.
EN estos meses el comportamiento ha estado estable, tiene episodiso de inquietud motora en horas de la tard, pero ceden a la ocrtanción verbal. Logra conciliar el sueño y duerme toda la noche.
En este tiempo se hizo ajustes del escitalopram a 30 mg d/a. esto avalado por este servicio. La hija va a permanecer de dos a tres semanas.
Describe que ha disminuido el llanto, pero con ella llora.

.....
Paraclínicos:
11/10/2019
cr 0.74 potasio 4.5 sodio 140
hb 11.20 hto 35.80 leu 9.25 neu 7.81 plt 173.

28/01/2020
sodio 141 potsaio 4.3
urocultivo negativo.

20/01/2021
ldl 68.30 hdl 47.20

25/11/2020
tsh 2.08

15/01/2021

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Otto Jose Silgado Laneve - Psiquiatra
CC 1128055738 - Registro médico 1128055738

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440
Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
25/01/2021, 07:05:07
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

tsh 2.28

18/01/2021 leu 6.45 neu3 4.55 hb 12.50 hto 39.50 % plt 159
25/11/2020 leu 6.04 neu 4.16 hb 12.10 hto 38.00% plt 160
28/01/2020 leu 4.7 neu 3.5 hb 11.6 hto 31.9 plt 139

12/06/2020
ct 151 hdl 52.40 tg 78 cr 0.88 glicemia 102.80
hb 12.20 hto 38.80%

28/08/2020
cr 0.79 glicemia 97.70 potasio 4.20 sodio 146
hb 11.50 hto 37 leu 5.12 neu 3.19 plt 174
tsh 6.26
ácido fólico 11.30 vit b 12 1182

22/09/2020
sodio 144
vsg 37 reticulocitos manual 0.80
t4 libre 0.68 (disminuido)

++++FALLA TERAPÉUTICA CON QUETIAPINA, REACCIÓN PARADÓJICA CON RISPERIDONA, ACATASIA CON HALOPERIDOL +++++.

EXAMEN FÍSICO

- Signos Vitales:
Talla: 1.62 m

- Hallazgos:
Mental: Observaciones: tiene careta y tapabocas, se relaciona de manera adecuada, fija la mirada.
afecto modulado.
su pensamiento es coherente, relevante, concreta, negó alucinaciones, alerta, orientado.
Juicio de realidad no comprometido..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con antecedentes de trastorno delirante y ansioso orgánico, en manejo con clozapina y escitalopram con buena respuesta, es necesario mantener el esquema del tratamiento, hemograma dentro de la normalidad, continuo esquema explico, control por 3 meses.

Plan:
Clozapina tb 25 mg. 1 tb bvo desayuno y almuerzo.
clozapina tb 100 mg. 1 tb vo en la noche.
Escitalopram tb 20 mg. 1 tb vo con el desayuno
Escitalopram tb 10 mg. 1 tb vo con el almuerzo.
Control por psiquiatría 3 meses.

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Otto Jose Silgado Laneve - Psiquiatría
CC 1128055738 - Registro médico 1128055738

- Impreso: 25/01/2021, 07:25:42

Original

Impresión realizada por: ojsilgado

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - N/T. 800251440
Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
25/01/2021, 07:05:07
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

SS. hemgorama.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trastorno de ansiedad, organico (F064), Estado de la enfermedad: Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Demencia, no especificada (F03X), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: Trastorno delirante [esquizofreniforme], organico (F062), Confirmado repetido.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Escitalopram Oxalato 10mg Tab Tomar (vía Oral) 1 grágea cada 24 hora(s) por 90 día(s), Escitalopram Oxalato 20mg Tab Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Clozapina Tab 100mg Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Clozapina Tab 25mg Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s).

- Se ordena HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO.

- Se solicita interconsulta a Psiquiatria.

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Otto Jose Sigado Laneve - Psiquiatria
CC 1128055738 - Registro médico 1128055738

- Impreso: 25/01/2021, 07:25:42

Original

Impresión realizada por: ojsigado

Firmado Electrónicamente

EXTRACTOS BANCOLOMBIA Y DAVIVIENDA AÑO 2021

Grupo Bancolombia

Fogafín — Producto protegido por el Seguro de Depósitos

OTILIA BALANTA
CALLE 7 29 43
$$CALI VALLE

ESTADO DE CUENTA

DESDE: 2021/03/31 HASTA: 2021/06/30
CUENTA DE AHORROS
NÚMERO 83665483765
SUCURSAL EXITO LA FLORA

Evolucionamos nuestra imagen pero tus tarjetas siguen siendo válidas.

¡Ten siempre a la mano tus extractos! Consulta o descarga tus extractos del presente mes o los meses anteriores, cada vez que los necesites ingresando a la sucursal virtual personas, opción Documentos-Extractos.

RESUMEN

SALDO ANTERIOR	$	765,869.58	SALDO PROMEDIO	$	719,256
TOTAL ABONOS	$	6,833,009.18	CUENTAS X COBRAR	$	.00
TOTAL CARGOS	$	3,960,459.71	VALOR INTERESES PAGADOS	$	89.18
SALDO ACTUAL	$	3,638,419.05	RETEFUENTE	$	.00

FECHA	DESCRIPCIÓN	SUCURSAL	DCTO.	VALOR	SALDO
5/04	ABONO INTERESES AHORROS			5.20	765,874.78
6/04	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-680.00	765,194.78
6/04	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-170,000.00	595,194.78
10/04	ABONO INTERESES AHORROS			4.05	595,198.83
11/04	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-1,592.00	593,606.83
11/04	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-398,000.00	195,606.83
13/04	ABONO INTERESES AHORROS			.78	195,607.61
14/04	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-332.90	195,274.71
14/04	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-83,227.00	112,047.71
22/04	ABONO INTERESES AHORROS			1.35	112,049.06
23/04	PAGO DE PROV COLPENSIONES			872,530.00	984,579.06
23/04	PAGO DE PROV COLPENSIONES			799,426.00	1,784,005.06
30/04	ABONO INTERESES AHORROS			19.52	1,784,024.58
1/05	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-5,164.00	1,778,860.58
1/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-152,500.00	1,626,360.58
1/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-1,138,500.00	487,860.58
8/05	ABONO INTERESES AHORROS			5.28	487,865.86
9/05	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-1,592.00	486,273.86
9/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-398,000.00	88,273.86
15/05	ABONO INTERESES AHORROS			.84	88,274.70
16/05	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-215.20	88,059.50
16/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-53,800.00	34,259.50
24/05	ABONO INTERESES AHORROS			.36	34,259.86
25/05	PAGO DE PROV COLPENSIONES			799,426.00	833,685.86
25/05	PAGO DE PROV COLPENSIONES			872,530.00	1,706,215.86
30/05	ABONO INTERESES AHORROS			13.98	1,706,229.84
31/05	ABONO INTERESES AHORROS			.62	1,706,230.46
31/05	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-4,979.81	1,701,250.65
31/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-1,138,500.00	562,750.65
31/05	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-106,454.00	456,296.65
6/06	ABONO INTERESES AHORROS			3.72	456,300.37
7/06	IMPTO GOBIERNO 4X1000			-1,222.80	455,077.57
7/06	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-71,200.00	383,877.57

"Defensor del Consumidor Financiero: Juan F. Cell M.- defensor@bancolombia.com.co Cr. 43A #1A Sur 188 Of. 709 Medellín. Línea 018000 52 2622"

Grupo Bancolombia

ESTADO DE CUENTA

DESDE: 2021/03/31 HASTA: 2021/06/30

CUENTA DE AHORROS

NÚMERO 83665483765

SUCURSAL EXITO LA FLORA

OTILIA BALANTA

CALLE 7 29 43

$$CALI VALLE

FECHA	DESCRIPCIÓN	SUCURSAL	DCTO.	VALOR	SALDO
7/06	TRANSFERENCIA CTA SUC VIRTUAL			-234,500.00	149,377.57
24/06	ABONO INTERESES AHORROS			3.60	149,381.17
25/06	PAGO DE PROV COLPENSIONES			1,707,952.00	1,857,333.17
25/06	PAGO DE PROV COLPENSIONES			1,781,056.00	3,638,389.17
30/06	ABONO INTERESES AHORROS			29.88	3,638,419.05
	FIN ESTADO DE CUENTA				

Spectrum 9:46 PM

EXTRACTO_portafolio202...

DAVIVIENDA

Fogafin

H:01

CUENTA DE AHORROS
0165 0032 6927

INFORME DEL MES: JUNIO /2021

Apreciado Cliente
OTILIA BALANTA

butterflyblue380@gmail.com

Saldo Anterior	$193,725.06
Más Créditos	$3,713,207.70
Menos Débitos	$37,539.00
Nuevo Saldo	$3,869,393.76
Saldo Promedio	$898,812.86
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
01	06	$ 37,539.00-	1099	Debito A Recaudo De Terceros	PORTAL EMPRESARIAL
25	06	$ 3,713,134.00+	4263	Abono En Cuenta Por Pago De Nomina.	PORTAL-EMPRESARIAL
30	06	$ 73.70+	0000	Rendimientos Financieros.	

Banco Davivienda S.A NIT 860.034.313-7

Spectrum 9:49 PM

EXTRACTO_portafolio202...

DAVIVIENDA

Fogafín

H:01

CUENTA DE AHORROS
0165 0032 6927

INFORME DEL MES: MAYO /2021

Apreciado Cliente
OTILIA BALANTA

butterflyblue380@gmail.com

Saldo Anterior	$121,244.86
Más Créditos	$1,616,019.20
Menos Débitos	$1,543,539.00
Nuevo Saldo	$193,725.06
Saldo Promedio	$402,446.92
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
03	05	$ 37,539.00-	1828	Debito A Recaudo De Terceros	PORTAL EMPRESARIAL
25	05	$ 1,615,985.00+	8786	Abono En Cuenta Por Pago De Nomina.	PORTAL-EMPRESARIAL
31	05	$ 5,042.00-	3581	Cobro Transf. Enviada Otra Entidad	www.davivienda.com
31	05	$ 1,500,000.00-	3481	Trans Bco OCCIDENTE 000000075843920	www.davivienda.com
31	05	$ 34.20+	0000	Rendimientos Financieros.	
31	05	$ 958.00-	0000	IVA por Servicios	

Este producto cuenta con seguro de depósito
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6062013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensoridecliente@davivienda.com
Para mayor información en www.davivienda.com

Banco Davivienda S.A NIT 860.034.313-7

Spectrum 9:55 PM

EXTRACTO_portafolio202...

DAVIVIENDA

Fogafín

H:01

CUENTA DE AHORROS
0165 0032 6927

INFORME DEL MES: ABRIL /2021

Apreciado Cliente
OTILIA BALANTA

butterflyblue380@gmail.com

Saldo Anterior	$248,782.36
Más Créditos	$1,616,001.50
Menos Débitos	$1,743,539.00
Nuevo Saldo	$121,244.86
Saldo Promedio	$201,246.06
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
05	04	$ 37,539.00-	1731	Debito A Recaudo De Terceros	PORTAL EMPRESARIAL
26	04	$ 1,615,985.00+	5093	Abono Por Pago De Proveedores	PORTAL-EMPRESARIAL
26	04	$ 5,042.00-	3859	Cobro Transf. Enviada Otra Entidad	www.davivienda.com
26	04	$ 1,700,000.00-	3759	Trans Bco OCCIDENTE 000000075843920	www.davivienda.com
30	04	$ 16.50+	0000	Rendimientos Financieros.	
30	04	$ 958.00-	0000	IVA por Servicios	

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6062013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensoridecliente@davivienda.com
Para mayor información en www.davivienda.com

Banco Davivienda S.A NIT 860.034.313-7

Spectrum 9:59 PM

EXTRACTO_portafolio202...

DAVIVIENDA

Fogafin

H:01

CUENTA DE AHORROS
0165 0032 6927

INFORME DEL MES: MARZO /2021

Apreciado Cliente
OTILIA BALANTA

butterflyblue380@gmail.com

Saldo Anterior	$176,310.07
Más Créditos	$1,616,011.29
Menos Débitos	$1,543,539.00
Nuevo Saldo	$248,782.36
Saldo Promedio	$309,348.32
Saldo Total Bolsillo	$0.00

EXTRACTO CUENTA DE AHORROS

Fecha		Valor	Doc.	Clase de Movimiento	Oficina
01	03	$ 37,539.00-	0714	Debito A Recaudo De Terceros	PORTAL EMPRESARIAL
25	03	$ 1,615,985.00+	1642	Abono En Cuenta Por Pago De Nomina.	PORTAL-EMPRESARIAL
28	03	$ 5,042.00-	3667	Cobro Transf. Enviada Otra Entidad	www.davivienda.com
28	03	$ 1,500,000.00-	3567	Trans Bco OCCIDENTE 000000075843920	www.davivienda.com
31	03	$ 26.29+	0000	Rendimientos Financieros.	
31	03	$ 958.00-	0000	IVA por Servicios	

Este producto cuenta con seguro de depósitos
Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: Carlos Mario Serna Dirección: Calle 72 No. 6 - 30 Piso 18 en Bogotá. PBX: 6062013 Fax: 4829715 Correo Electrónico: defensoridecliente@davivienda.com
Para mayor información en www.davivienda.com

Banco Davivienda S.A NIT 860.034.313-7

EGRESOS MES DE ENERO DE 2021

Enero del 2021

1 mensualidad Hogar Santa Ines geriatrico $3'821.199
2 factura #012010965 droguería farmacia $ 37.665
Cruz verde (compra de gotas oftalmicas
3 Vale entrega de medicamentos (clorzapina) $ 13.500
4 transporte examenes de laboratorio (18 enero $ 12.000
5 recibo de caja menor Vicky Fda galindez $ 250.000
EPS, ARL, Pension, caja de compensacion
6 recibo de caja menor Vicky Fda galindez $ 102.854
auxilio de transporte
7 recibo de caja menor (dotacion uniforme $ 100.000
8 compra de carpeta y fotocopias $ 2000
9 compra carpetas cat $ 2000
10 impresiones Historias clinica (psiquiatria $ 4000
familiar - nutricion)
11 fotocopia ordenes medicamentos $ 900
12 recibo de caja menor Olga maria varon $ 300.000
(citas medicas autorizaciones reclamo de
medicamento
13 recibo de caja menor Vicky Fda galindez. $ 1'138.500
Pago de nomina del mes enero

14 factura #86007336-1 (chipichape) compra eurecin $ 100.020
PH5 aceite ducha
15 fac # 86007336-1 (chipichape) eurecin PH5 aceite ducha $ 250.000
16 fac # 86007336-1 (chipichape) eurecin PH5 aceite ducha $ 150.120
17 factura # 51862507 falabella compra de pijamas $ 80.290

TOTAL $6'365.108

DOMICILIOS 24 HORAS 3

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4845000 BOGOTA

RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD Cali.	FECHA 27 Enero/21	VALOR $ 100.000
CANCELADO A Vicky Fernanda Galindez		
POR CONCEPTO DE Compra dotacion Uniformes 2021		
VALOR EN LETRAS Cien mil pesos M/cte.		

IMPUTACION	RECIBIDO POR Vicky Galindez
APROBADO POR	C.C. o NIT CC 31320471

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 15	Mes 01	Año 2021
Pagado a: Vicky fernanda Galindez	$ 102.854		
Por concepto de: Auxilio de Transporte mes de Enero/2021.			
Valor (en letras): Ciento dos mil ochocientos cincuenta y cuatro pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: VICKY FERNANDA GALINDEZ		
Aprobado:	☐C.C. ☐NIT. CC 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 15	Mes 01	Año 2021
Pagado a: Vicky fernanda Galindez	$ 250.000		
Por concepto de: Pago EPS, ARL y Pension mes de Enero del 2021.			
Valor (en letras): Doscientos cincuenta mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: VICKY FERNANDA GALINDEZ		
Aprobado:	☐C.C. ☐NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD Cali | FECHA 31-01-2021 | VALOR $ 300.000

CANCELADO A Diana Marcela Varon

POR CONCEPTO DE Acompañamiento citas autorizaciones, reclamo medicamentos mes de Enero de 2021

VALOR EN LETRAS Trescientos mil pesos M/cte.

IMPUTACIÓN

APROBADO POR

RECIBIDO POR

Diana Marcela Varon

C.C. o NIT 1088.239.318

Forma Impresa 200-R.C.M

RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD Cali | FECHA 31-01-2021 | VALOR $ 1'138'500

CANCELADO A Vicky Fernanda Galindez

POR CONCEPTO DE Cuidadora Sra Otilia Balanta mes de Enero del 2021

VALOR EN LETRAS Un millon ciento treinta y ocho mil quinientos pesos M/cte.

IMPUTACION

APROBADO POR

RECIBIDO POR

C.C. o NIT

Forma Impresa 200-R.C.M

V8.53 20200825 CL-LA14

Redeban

ENE 30 2021 16:38:53 RBMICT 8.53

DROGUERIA CENTENARIO
CCO CENTENARIO LOC 141

C.UNICO: 0014162150 TER: JAOZZ499
MASTERDEBIT Ah
**3042 RECIBO: 004193 RRN: 005349
ARQC: 764328A9207412E4
AID: A0000000041010
AP LABEL: DEBIT MASTERCAR
VENTA APRO: 585936
No DOCUMENTO: 0000000047

COMPRA NETA	$ 126.151
IVA	$ 23.969
INC	$ 0
TOTAL	$ 150.120

AZUL CANELA
*** CLIENTE ***

DOMICILIOS 24 HORAS 3

0035/0006 30/01/21 12:37 5949 130257

F A L A B E L L A

FALABELLA TIENDA WORLD TRADE CENTER CALI
NIT 900.017.447-8
GRANDES CONTRIBUYENTES-AUTORRETENEDORES
****
AUTORIZACION NUMERACION DE FACTURACION
No 18762015722687 DE FECHA 16/07/2019
DESDE 3005-000029832 HASTA 3005-999999999
VIGENCIA 24 MESES
****
****
GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOLUCION DIAN No. 000076 de 01/12/2016
AUTORETENEDORES
RESOLUCION DIAN No. 008547 DE 13/08/2009
****

** CONSERVE SU TIRILLA PARA CAMBIOS **
SE ACEPTAN CAMBIOS HASTA 30 DIAS Y
PARA ELECTRO - TECNOLOGIA HASTA 10 DIAS
RECUERDE QUE PUEDE REALIZAR CAMBIOS Y
DEVOLUCIONES EN CUALQUIER CAJA DE LA
TIENDA PARA PRODUCTOS DIFERENTES A ELECTRO
MUEBLES Y COLCHONES.

****
Estimado Cliente, para nuestra oferta 2X1
no aplica la POLITICA DE CAMBIOS Y
DEVOLUCIONES
(Satisfaccion Garantizada)
****

Estimado cliente, si necesita solicitar su
factura electronica para el reconocimiento
de costos, deducciones e impuestos
descontables ante la DIAN, por favor enviar
su solicitud al correo electronico
solicitudFacturacion@falabella.com.co,
anexando la imagen del tiquete POS emitido
en el momento de su compra
** CONSERVE SU TIRILLA PARA CAMBIOS **

30/01/21 12:37 CAJA 0006

VENDEDOR 130257 YULIETH REALP
CAJERO : 130257 YULIETH REALP

TIQUETE No. 3005-00029410

No DOC 51862509

2998818629422 PIJAMA ALGODON $
P. Normal 79,990 X 1 79,990 I
2004041107009 BOLSA GRANDE $
P. Normal 300 X 1 300 I
SUB TOTAL 80,290
TOTAL DESCUENTOS 0

TOTAL 80,290
GIFT CARD 50,000
XXXXXX8708/00000000
Tarjeta Debito 30,290
CODIGO AUT.: 573713

VUELTO 0

CANTIDAD DE ARTICULOS: 2.00

IVA-ID	IVA-TASA	IVA-BASE	IVA-TOTAL
I	19.00%	67,470	12,820

RESOLUCION DE LA DIAN No. 000000000000
DE FECHA : 16/07/19

2

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA

SISTEMA P.O.S.
COLSUBSIDIO

C E N T E N A R I O
AV 4 7 N 46 LC 141 CC CENTENARIO
GRAN CONTRIBUYENTE
AGENTE RETENEDOR DE IVA
AGENTE AUTORRETENEDOR
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
3 x 62.550		
	3 X 200 ml	
853905	EUCERIN PH5 ACEITE	187.650 C
	3 X 200 ml	
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
	TOTAL --> $	150.120
AV	DEBI.RED MULTICOL	150.120

NUMERO CUENTA **3042
Recibo:004193 RRN:005349 Aprc:585936
MASTERDEBIAH

CAMBIO 0

NUMERO DE BOLSAS: 0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP	IVA
C=19%	187,650	157,689	29,961

TOTAL IMPUESTOS

	COMPRA	BASE/IMP	IMP
TOTAL=	187,650	157,689	29,961

Tiquete P.O.S N:X901 0000130163
RANGO:118191-500000
Autorizacion Numeracion DIAN:
18763005906320 de May 18/2020
Quedan: 15 meses y 19 dias de 24 meses
Somos Autorretenedores
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 3
DATOS DE SOFTWARE
TOSHIBA GLOBAL COMMERCE
SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S
NIT 900546074
POS SUPERMARKET
TOSHIBA 4690 OS VERSION 6
ATENDIDO POR: KELLY SOLIS
30/Ene/2021 16:36 1685 01 0047 3855347

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

EN ESTA COMPRA UD AHORRO :$ 37,530

****

SENOR USUARIO:
POR SU SEGURIDAD Y LA DE TODOS
NUESTROS CLIENTES REVISE SUS
MEDICAMENTOS ANTES DE RETIRARSE
NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES.
REMBOLSALE AL PLANETA
USA MENOS PLASTICO Y TRAE TUS BOLSAS

Disfruta de nuestras ofertas y
beneficios tambien en:
www.droguerias colsubsidio.com
Aplica condiciones y restricciones
Ene/30/2021 16:35 1685 01 0047 3855347

COLSUBSIDIO

SISTEMA P.O.S.
COLSUBSIDIO

C H I P I C H A P E
CL 38 N 6 N 35 LC 526 CC CHIPICHAPE
GRAN CONTRIBUYENTE
AGENTE RETENEDOR DE IVA
AGENTE AUTORRETENEDOR
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62 550 C
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62.550 C
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62.550 C
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62.550 C
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62.550 C
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
	TOTAL --> $	250.200

AV DEBI RED MULTICOL 250.200
NUMERO CUENTA **3042
Recibo:015709 RRN:019274 Apro:571784
MASTERDEBIAH

CAMBIO 0

NUMERO DE BOLSAS: 0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
C-19%	312,750	262,815	49,935

TOTAL IMPUESTOS

	COMPRA	BASE/IMP.	IMP
TOTAL=	312,750	262,815	49,935

Tiquete P.O.S N.Y001 0000260068
RANGO:237620-500000
Autorizacion Numeracion DIAN:
18763005906470 de May 18/2020
Quedan: 15 meses y 19 dias de 24 meses
Somos Autorretenedores
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 5
DATOS DE SOFTWARE
TOSHIBA GLOBAL COMMERCE
SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.
NIT 900545074
POS SUPERMARKET
TOSHIBA 4690 OS VERSION 6
ATENDIDO POR: ANA GISELLA MONTENEG
30/Ene/2021 12:25 1684 01 0029 1087201

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

EN ESTA COMPRA UD AHORRO :$ 62 550

SISTEMA P.O.S.
COLSUBSIDIO

C H I P I C H A P E
CL 38 N 6 N 35 LC 526 CC CHIPICHAPE
GRAN CONTRIBUYENTE
AGENTE RETENEDOR DE IVA
AGENTE AUTORRETENEDOR
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62 550 C
853905	EUCERIN PH5 ACEITE 1 X 200 ml	62.550 C
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
VT 8730	20%Dc MEDICAMENTOS	12.510-
	TOTAL --> $	100.080

AV DEBI RED MULTICOL 100.080
NUMERO CUENTA **3042
Recibo:015708 RRN:019273 Apro:571585
MASTERDEBIAH

CAMBIO 0

NUMERO DE BOLSAS: 0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
C-19%	125,100	105,126	19,974

TOTAL IMPUESTOS

	COMPRA	BASE/IMP.	IMP
TOTAL=	125,100	105,126	19,974

Tiquete P.O.S N.Y001 0000260067
RANGO:237620-500000
Autorizacion Numeracion DIAN:
18763005906470 de May 18/2020
Quedan: 15 meses y 19 dias de 24 meses
Somos Autorretenedores
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 2
DATOS DE SOFTWARE
TOSHIBA GLOBAL COMMERCE
SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.
NIT 900545074
POS SUPERMARKET
TOSHIBA 4690 OS VERSION 6
ATENDIDO POR: ANA GISELLA MONTENEG
30/Ene/2021 12:20 1684 01 0028 1087201

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

EN ESTA COMPRA UD AHORRO :$ 25 020

SENOR USUARIO:
POR SU SEGURIDAD Y LA DE TODOS
NUESTROS CLIENTES REVISE SUS
MEDICAMENTOS ANTES DE RETIRARSE
NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES
REMBOLSALE AL PLANETA
USA MENOS PLASTICO Y TRAE TUS BOLSAS

Disfruta de nuestras ofertas y
beneficios tambien en:
www.drogueriascolsubsidio.com
Aplica condiciones y restricciones
Ene/30/2021 12:20 1684 01 0028 1087201
COLSUBSIDIO

3

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA
018000 910 5455 NACIONAL

DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.149.695-1
Regimen Comun
Somos Grandes Contribuyentes Segun
Resolucion No. 9061 Dic 10 de 2020

Calle 97 N 13 - 14 Bogota
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

DOCUMENTO EQUIVALENTE

(COPIA)

FACTURA Nro.	Q120 109650
SECUENCIA	109650
NRO. TICKET	22215
FECHA Y HORA	05-01-2021 09:55:16
CAJERO	FABIAN EDGARDO NINO GELVES
CIUDAD	CALI
CAJA Nro.	17
CLIENTE	BALANTA OTILIA BALANTA BALAN
IDENTIFICACIÓN	29002307
CONVENIO	Cuota Moderadora
PLAN	422038
DIRECCCIÓN	
TELÉFONO	
CELÚLAR	

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCIÓN	CANT		VALOR
-CUOTA MODERADORA EPS SAN	1 INTANGIBLE	0%	13.500

TOTAL SIN REDONDEO	13.500
REDONDEO	0
TOTAL FACTURA	**13.500**

DETALLE DE IMPUESTOS

DETALLE	V/R COMPRA	BASE/IMP	IMP
0%	13.500	13.500	0

DETALLE DE PAGOS

FORMA	BANCO	Nro.	VALOR
Efectivo			50.000
Cambio			36.500

120_DROGUERIA CRUZ VERDE TUTELAS CALI
120 Cra 58 # 129-15 esquina SANTIAGO DE CALI
ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 47731
Tarifa 4.14
Autorización DIAN 18763004671901 de 27/02/20
Habilita facturación por máquina
registradora POS desde
Q120 107989 hasta el Q120 200000

2

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA
018000 910 5455 NACIONAL

DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.149.695-1
Regimen Comun
Somos Grandes Contribuyentes Segun
Resolucion No. 9061 Dic 10 de 2020

Calle 97 N 13 - 14 Bogota
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

DOCUMENTO EQUIVALENTE

FACTURA Nro.	Q120 109651
SECUENCIA	109651
NRO. TICKET	22216
FECHA Y HORA	05-01-2021 10:08:25
CAJERO	FABIAN EDGARDO NIÑO GELVES
CIUDAD	CALI
CAJA Nro.	17
CLIENTE	BALANTA OTILIA BALANTA
IDENTIFICACIÓN	29002307
CONVENIO	BANCO FALABELLA VD
PLAN	450210
DIRECCCIÓN	
TELÉFONO	
CELÚLAR	

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCIÓN	CANT		
REFRESH TEA DUO 5MG/ML SO	1 FRASCO	0%	41.850
***B_FALABELLA 10%			-4.185

TOTAL AHORRO	-4.185
TOTAL SIN REDONDEO	37.665
REDONDEO	
TOTAL FACTURA	37.665

DETALLE DE IMPUESTOS

DETALLE	V/R COMPRA	BASE/IMP
0%	37.665	37.665

DETALLE DE PAGOS

FORMA	BANCO	Nro.	
Efectivo			50.000
Cambio			12.335

120_DROGUERIA CRUZ VERDE TUTELAS CALI
120 Cra 58 # 129-15 esquina SANTIAGO DE C
ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 47731
Tarifa 4.14
Autorización DIAN 18763004671901 de 27/02
Habilita facturación por máquina
registradora POS desde
Q120 107989 hasta el Q120 200000

EN CRUZ VERDE SOMOS EXPERTOS EN AHORRO.

EGRESOS MES DE FEBRERO DE 2021

Febrero del 2021

1	mensualidad Hogar santa Ines Geriatrico	$ 3'821.191
2	Factura # 805002583-1 droguería San Jorge acido fusidico	$ 9.900
3	factura TK00458 San Lingerie (Brasier)	$ 57.100
4	recibo caja menor a Farit Gomez modista cambio de botones lavado blusa	$ 12.000
5	recibo de caja menor (pago EPS, ARP, pension caja de compensacion	$ 376 200
6	recibo # 06166247 9156 exito palmetto papel higienico	13.650
7	recibo caja menor (compra periodico el país	3.500
8	Factura # 040213024839 4 exito chipichape Variedades (Algodon, enjuague listerine, crema Bridge, crema colgate, seda cera oral B	$ 223.502
9	Factura # PC 30343 (Viafines SA) colagero hidrolizado	$ 139.000
10	Factura # 890107487-3 (olimpica SA) 1 caja de aromatica de manzanilla	2.350
11	Factura # 890301 7521 (P124-1741) el país SA suscripcion anual fin de semana PIUS	99 000
12	factura # P.O.S N: 4001 0000261710 droguería (al subsidio) OF refresh tears	112 455
13	factura # 040270336549 exito chipichape seda cera oral B, cepillo adulto colgate	$ 54.370
14	Factura # 8002421062 (Homecenter cali) silla escalera	$ 69.900
15	recibo de caja menor a Vicky Fda Gaitndez subsidio de transporte	106 454
16	recibo de caja menor consignacion de cesantias en el banco occidente del año 2020	$ 952.300
17	recibo de caja menor a Vicky Gaitndez intereses cesantias	$ 90.464
18	Factura # 800251440 Sanitas cuota moderadora vale cita medica general	14 000
19	recibo de caja menor a Jair luna copago terapia fisica	14 000
20	recibo de caja menor a Vicky Fda Gaitndez pago nomina mes de Febrero	$ 1'138 500
21	recibo de caja menor blanca Varon nomina por autorizaciones reclamo de medicamentos	300 000
	Fotocopias de facturas, ordenes medicas impresiones	6.400
22	recibo # L008-426146 Agua de rosas, sal marina droguería San Jorge	11 050
	TOTAL	$ 7'627.294

Keralty

EPS SANITAS

Fecha: 28/02/2021, 09:09:45

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Tequendama - NIT. 800251440
Código: 76001090430D
Dirección: Carrera 42a # 5C-94 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 145404211

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 05/06/1950 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 28-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3198052618 - 3054709801
Correo electrónico: butterflyblue380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 28-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054709801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitente:	Consulta Externa		
Servicio al cual se remite el paciente:	Dermatologia	**Transporte:**	
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante	**Prioridad:**	

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: PTE CON LESION HIPERPIGMENTADA EN BRAZO DERECHO Y MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CUIDADORA NO SABE EL TIEMPO DE EVOLUCION EXACTO, REIFERE SANGRADO LEVE EN UNA OCASION, SOLICITO VALORACION POR DERMATOLOGIA

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunícarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT
CRA 42 NRO 5E 22, 3931040 ; 5722400, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Angela Maria Guerra Guarin - Medicina General
CC 1088277819 - Registro médico 1088277819

- Impreso: 28/02/2021, 22:51:26

Impresión realizada por: smguerra

Original

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Tequendama - NIT. 800251440
Dirección: Carrera 43a # 9C-84 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002807 - Sexo: Femenino - Edad: 80 Años

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 145404211

CALI (SANTIAGO DE CALI)
09/02/2021, 09:09:48
Cerrid: 13-1007930-1-1 - Historia Clínica: 29002807
Historia Clínica: 29002807
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, OTILIA BALANTA.
Motivo de consulta: VISITA DOMICILIARIA ADULTO MAYOR .
Enfermedad Actual:

NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL MOMENTO: NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA, NIEGA ODINOFAGIA, NO ALTERACION EN EL GUSTO O EL OLFATO. NIEGA CONTACTO ESTRECHO EN ULTIMOS 14 DIAS CON CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19.

EXAMEN FÍSICO

- Signos Vitales:
Frecuencia cardiaca: 88 latidos/min
Frecuencia respiratoria: 14 Respiraciones/min
Tensión arterial sistólica: 110 mmHg
Tensión arterial diastólica: 80 mmHg
Tensión arterial media: 76.7 mmHg
Temperatura: 36.8 °C
Talla: 1.62 m

- Hallazgos:
Estado General: Buen estado general
Cabeza: Observaciones: Normocéfalo.
Órganos de los Sentidos: Observaciones: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Observaciones: Sin masas ni adenopatías.
Mama: Observaciones: No evaluada.
Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: Observaciones: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: Observaciones: No evaluados.
Extremidades Superiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.
Osteomuscular/articular: Observaciones: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Observaciones: Alerta, orientado, sin déficit aparente.
Piel y Faneras: Observaciones: EN BRAZO DERECHO ENCUENTRO LESION HIPERPIGMENTADA, DE CONSISTENCIA SOLIDA, COSTROSA, DE APROXIMADAMENTE 0.5 CM, EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO REGION POPLITEA ENCUENTRO LESION HIPERPIGMENTADA, COSTROSA, DE 8CM DE DM, AMBOS DE BORDES INDEFINIDOS, NO DOLOROSOS A LA PALPACION, NO PRESENTA SANGRADO.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunícese con EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT
CRA 42 NRO SE 23, 093130 - 22400, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Angela María Guerra Guerra - Medicina General
CC 1085277819 - Registro médico 1085277819

- Impreso: 09/02/2021, 22:51:28 Impresión realizada por: amguerra Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Tequendama - NIT. 800251440
Dirección: Carrera 43a # 5C-94 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 145404211

CALI (SANTIAGO DE CALI)
26/02/2021, 08:09:45
Cama: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

VALORACIÓN REALIZADA BAJO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES. CON LOS EPP: BATA DESECHABLE, GORRO, POLAINAS, GUANTES Y TAPABOCAS.
PACIENTE FEMENINA DE 90 AÑOS, RESIDENTE EN HOGAR GERIATRICO, EN COMPAÑIA DE CUIDADORA VICKY GALINDEZ, CUIDADORA REFIERE QUE HACE POCO NOTO PRESENCIA DE LESIONES TIPO NEVUS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y EN BRAZO DERECHO PERO NO SABE HACE CUANTO APARECIERON, NIEGA DOLOR, NIEGA PRURITO, REFIERE QUE HAN AUMENTADO DE TAMAÑO Y EN UNA OCASION PRESENTA SANGRADO LEVE LESION DE BRAZO DERECHO. NIEGA OTRO SINTOMA ASOCIADO. AL EF ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS. EN BRAZO DERECHO ENCUENTRO LESION HIPERPIGMENTADA, DE CONSISTENCIA SOLIDA, COSTROSA, DE APROXIMADAMENTE 0.5 CM, EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO REGION POPLITEA ENCUENTRO LESION HIPERPIGMENTADA, COSTROSA, DE 2CM DE DM, AMBOS DE BORDES INDEFINIDOS, NO DOLOROSOS A LA PALPACION, NO PRESENTA SANGRADO, AUNQUE CUIDADORA REFIERE QUE EN UNA OCASION PRESENTO SANGRADO, POR LO QUE SOLICITO VALORACION POR DERMATOLOGIA. PACIENTE CON MEDICAMENTOS VIGENTES Y PARACLINICOS RECIENTES, EXPLICO CONDUCTA A CUIDADORA Y A LA PACIENTE, ENTIENDEN Y ACEPTAN, SE DAN RECOMENDACIONES MEDICAS Y SIGNOS DE ALARMA.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertensión esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Nevo, no neoplásico (I781), Impresión diagnóstica.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se remite a Dermatología.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT
CRA 42 NRO 5E 22, 3931043 ; 5722400, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO:

Angela Maria Guerra Guerra - Medicina General
CC 1085277919 - Registro médico 1085277919

- Impreso: 26/02/2021, 22:51:28 Impresión realizada por: amguerra Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

Señor(a) Usuario(a):
Con nuestro cordial saludo, remitimos respuesta de la(s) solicitud (es) de autorización: 145404211

INFORMACIÓN GENERAL			
» Tipo y No. Identificación:	CC 29002307	» Nombre y apellido:	BALANTA ,OTILIA
» Producto:	EPS	» Plan:	10 REGIMEN CONTRIBUTIVO
» Contrato:	1007932	» Familia:	1
» Usuario:	1		1
» Fórmula Médica:	585000041	» Fecha de la Fórmula Médica:	26/02/2021

Tipo de Solicitud	Respuesta de la radicación	Número de la radicación	Número de la Autorización	Estado de la Autorización	Código servicio	Descripción Servicio	Prestador	Fecha de Vigencia Hasta	Número de Entrega	Fecha Límite de Entrega	Punto de Entrega
AUTORIZACIÓN			145404211	APROBADA	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	800251440 EPS SANITAS CENTRO MEDICO ROOSEVELT	26/06/2021		26/06/2021	

Si requiere mayor información de su solicitud, por favor comunicarse con nosotros a través de Colsanitas en línea para Medicina Prepagada, Teléfonos en Bogotá 4871920 opción 3 País 018000979020. Para EPS Sanitas Teléfonos en Bogotá 3759000 opción 2 País 018000919100. Le recordamos que esta dirección de correo electrónico es utilizada solamente para envío de la información solicitada. Por favor no responda con consultas, ya que estas no podrán ser atendidas por esta vía.

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad:	Día: 03	Mes: Feb	Año: 2021
Pagado a: Vicky Fdagaindez	$952.300		
Por concepto de: consignación de cesantías del año			
Valor (en letras): novecientos cincuenta y dos mil trecientos pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fernández		
Aprobado:	C.C. 91.320.771		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: CAIP

Día 07 Mes 02 Año 2021

Pagado a: $ 3.500

Por concepto de: el pais periodico

Valor en letras: tres mil quinientos pesos M/cte

Código:

Forma de recibido:

Aprobado:

X VICKY FOAGANDEZ
81320471

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: CAIP

Día 05 Mes 02 Año 2021

Pagado a: Vicky Foagallindes

$ 376.200

Por concepto de: EPS, ARP, pension, caja de compensacion

Valor en letras: trecientos setenta y seis mil doscientos pesos M/cte

Código:

Forma de recibido:

Aprobado:

X VICKY FOAGANDEZ
81320471

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali | Día: 28 | Mes: Feb | Año: 2021

Pagado a: biana marcela varon | $ 300.000

Por concepto de: Acompanamiento citas, autorizacione, reclamo de medicamentos del mes Febrero

Valor (en letras): trecientos mil pesos M/cte

Código:

Aprobado:

Firma del recibido: Diana Marcela Varon

x CC ☐ NIT 1088.239318

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali | Día: 28 | Mes: Feb | Año: 2021

Pagado a: VPCUYFdagalindez | $ 1'138.500

Por concepto de: Pago de nomina del mes Febrero

Valor (en letras): Un millon ciento treinta y ocho mil quinientosp pesos M/cte

Código:

Aprobado:

Firma de recibido: VPCUYFDAGÁNDEZ

CC ☐ CE ☐ 31320471

Ciudad: Cali — Día: 17 Mes: Feb Año: 2021

Pagado a: Vicky Fda Galindez — $ 106.454

Por concepto de: subsidio de transporte

Valor (en letras): ciento seis mil, cuatro cientos cincuenta y cuatro M/cte

Código:

Aprobado:

Firma de recibido: VICKY FERNANDEZ 31320471

Cédula:

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali — Día: 17 Mes: Feb Año: 2021

Pagado a: Vicky Galindez — $ 90 464

Por concepto de: Pago intereses de cesantias del año 2020

Valor (en letras): Novento mil cuatro cientos sesento y cuatro pesos M/cte

Código:

Aprobado:

Firma de recibido: VICKY FERNANDEZ 31 320471

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

Valor

$

consignación de
cesantias

$ 952.300

03 Feb 2021

FARMACIA DROGUERIA SAN JORGE LTDA
DROGUERIA SAN JORGE LTDA

VALIDO

Consu
21/02/18 Vend
PM 42
ADO
0-0
VC 100
Item Descripción UM Total
01803 AGUA
15427 SAL
13293 30 *

Agua de rosas
sal marina.

6,529 *
100 *
1,621 *

IBUTARIA]-------
BASE VLR_IMPUESTO
0.00
0 1,621.00
11,050 $11,050

$ 11.050

RESOLUCION
2021/02/03
J8- 999999

*** SU COMPRA ***

El País

N.I.T.: 890.301.752-1
Cra 2 No. 24-46 Cali Colombia
Régimen Común 0800113-18
Tel: 8887000

CONTRATO DE SUSCRIPCIONES AL PERIÓDICO

Contrato No. 112464

FECHA DE SOLICITUD: Día 9 | Mes 7 | Año 21

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Razón social / Nombre: Silvia | Primer apellido: Zuluaga | Segundo apellido:

Tipo identificación: ☒ C.C. ☒ NIT. ☒ C.E | Número de identificación: [illegible] | Sexo: F M

Fecha de nacimiento: DIA MES AÑO | Profesión: Jubilada | Ocupación: | Estado Civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Libre

Dirección de entrega: (lunes a viernes): [illegible] 29-48 Hogar Santa Ines habitacion

Barrio: El Cedro | Estrato: | Ciudad: Cali | Teléfono residencia: 217 5246318

Segunda dirección: (Sábado, Domingo y festivos):

Barrio: | Estrato: | Ciudad: | Teléfono residencia:

Teléfono/Celular: | E-mail: [illegible]4 Glue2006@gmail.com

Exclusivo para suscripción empresa:
Nombre del Contacto:

Cargo / ocupación: | Teléfono:

CARACTERÍSTICAS DE LA SUSCRIPCIÓN

Periodo: ☐ 18 meses ☐ 12 meses ☐ 6 meses ☐ 3 meses ☐ Fin de semana (4 días)

Nueva ☐ Renovación ☐ | Canal: ☐ Contact center ☒ Asesor ☐ Oficina ☐ Otros ☐

Nombre del tercero: | NIT.

Dirección: Suscripción Fin de semana

E-mail envio factura electrónica: @

ACEPTA RECIBIR FACTURA EN FORMA ELECTRÓNICA, AL E-MAIL SUMINISTRADO: ☐ SI ☐ NO

Número suscripciones | Valor $ | % descuento | Valor a pagar: $ 99 000

EFECTIVO: ☐ CHEQUE: ☐ CRÉDITO: ☐ CRÉDITO ESPECIAL: ☐ CRÉDITO (3) CUOTAS ☐

TARJETA DE CRÉDITO: ☐ DEBITO ☐ CUENTA CORRIENTE: ☐ BANCO:

Cta. pago recurrente

FRANQUICIA: ☐ CREDENCIAL ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS

Fecha de vencimiento: MES AÑO | Número de cuotas | Código

Número de tarjeta: | $

CLUB SELECTA:

Categoria de interes: ☐ Automotriz ☐ Calzado y ropa ☐ Salud y belleza ☐ Restaurantes ☐ Deportivo ☐ Entretenimiento ☐ Hogar

Cédula: | Nombre:

Apellidos: | Celular: | Fijo:

Email: | Fecha Nacimiento: DIA MES AÑO

Actividad:	Obsequio entregado:	Observaciones:
☐ Fondo - Cooperativa - Empresa	☐ Boletas:	
☐ Evento - Stand	☐ Bonos:	
☐ Colegios	☐ Enciclopedias:	
☐ Fríos ☐ Recuperación		

P129-1741

EL PAIS S.A. EN REORGANIZACION

NIT 890.301.753-1

Cra 2a No. 24-46 Tel 898 7000 SANTIAGO DE CALI- COLOMBIA

FACTURA VENTA POS CAJA 1

Planta Autopista Yumbo Km. 1

Numeración autorizada del P129-1 al P129-300000
Resolución Dian 18764000118641 del 16/06/2020

SEÑORES: BALANTA OTILIA
CC,NIT: 29002307
DIRECCION: Cl 7 29-43 Hogar Santa Ines Habitacion
TELÉFONO: 5245318
CIUDAD:

FECHA: 09/02/2021 Caja No.: TPVC2901
VENDEDOR: BONILLA OCORO MARIA LUISA
CAJERO: BONILLA OCORO MARIA LUISA

PRODUCTO		U.M	CANTIDAD	TARIFA	DESCTO	TOTAL	IVA%
0012410	SUSCRIPCION ANUAL FDS PLUS	UNID	1	$99.000	$0	$99.000	0,00

Total Bruto	Descuentos	Subtotal	Vr. Impuestos	Valor Total
$99.000	$0	259.000	$0	$99.000

Valor en letras
NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE *******

VTA GRAVADA	$0
VTA EXENTA	$99.000
CAMBIO..	$1.000

	$100.000
EFECTIVO	$0
CHEQUE	$0
TARJETA DEBITO...	$0
TARJETA CREDITO...	$0
OTROS...	$0

Fecha de Expedicion: 9/02/2021 12:00:00 AM
Generada por el Software SIESAPOS
de Sistemas de Información Empresarial S.A Nit. 890.316.193-3

ESTA FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS LEGALES DE CAMBIO ART. 774 DE CODIGO DE COMERCIO

IMPRESO POR EL PAIS S.A. NIT. 890301752-1

Autorretenedores de Ind y Cio de Cali Res. No. 0060 de Ene 31/97
RESPONSABLES DE IVA

SERVICIO EXEPTUADO DE RTE. FTE ART. 4 DR 2775/83

Pag N 1

DOCUMENTO SOPORTE

EPS SANITAS S.A.S. 00083726
NIT: 800251440
100169088
CRA 42 #5 E 22

CENTRO MEDICO ROOSVELT - 279
FECHA: 22/02/2021 08:58:15 AM
CONTRATO No. 30 - 10 - 1007932 - 1
TITULAR CONTRATO:
BALANTA_.OTILIA_
ID TITULAR CONTRATO: C.C. 29002307
USUARIO: OTILIA _BALANTA _
ID USUARIO: C.C. 29002307

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS	14.000

TOTAL: $ 14.000

FORMAS DE PAGO

EFECTIVO	14.000

279000169088

HOMECENTER
CALI NORTE

SODIMAC COLOMBIA SA
NIT 800.242.106-2

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
8907[illegible]8906		
	JILLA ESCALERA 2 PAS	69.900 D
	SUBTOTAL/TOTAL $	69.900
	TEF 11 $	69.900

TAR: [illegible] Rec:Ref:006907 RRN:007437
Aut: [illegible]

CAMBIO $ 0

RESUMEN DE IVA

Tipo	Cuerpo	Base/Imp.	IVA
D:19%	69.900	58.739	11.161

GRANDES CONTRIBUYENTES Res. 9061/20
AUTORRETENEDORES EN LA FUENTE
Res. DIAN 0024 de 29 Ene 2009
RESPONSABLES DE IVA REGIMEN COMUN
AGENTES DE RETEIVA

CLIENTE:
NOMBRE/RAZON SOCIAL: NO-ENCONTRO
DOCUMENTO: 5186250N

Consulte la politica de devoluciones
y garantias en www.homecenter.com.co
Línea nacional 3208899933 o en las
tiendas

Cajera: 31 02 7355

DOC. EQUIVALENTE NRO: 3102 414003
BANCO: 589.268-93.999.989
Resol DIAN: 18764000715147 Nov. 17/2020
Vigencia hasta Nov. 17/2022

ATENDIDO POR: Cajero SCO Tienda 31
NUMERO ARTICULOS ENTREGADOS: 1
02/16/21 14:29 0u31 02 7355 60

ALLEGUENOSLOS
NRO. PAQ:

[illegible]TO AL CLIENTE TEL: 3208899933
[illegible]AS POR SU COMPRA !!!

SISTEMA P.O.S
COLSUBSIDIO

C H I P I C H A P E
CL 3A N 6 N 35 LC 626 CC CHIPICHAPE
GRAN CONTRIBUYENTE
AGENTE RETENEDOR DE IVA
AGENTE AUTORRETENEDOR
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
1269139	OF-REFRESH TEARS S 1 X 15 ml	41.650 F
1269139	OF-REFRESH TEARS S 1 X 15 ml	41.650 F
1269139	OF-REFRESH TEARS S 1 X 15 ml	41.650 F
VT 8273	10%Dc MEDICAMENTOS	4.165-
VT 8273	10%Dc MEDICAMENTOS	4.165-
VT 8273	10%Dc MEDICAMENTOS	4.165-
	TOTAL --> $	112.455
AV	DEBI RED MULTICOL	112.455

NUMERO CUENTA **3042
Recibo:016005 RRN:019577 Aprc:124438
MASTERDEBIAH

CAMBIO 0

NUMERO DE BOLSAS: 0

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP	IVA
F-00%	124.950	124.950	0

TOTAL IMPUESTOS

	COMPRA	BASE/IMP.	IMP
TOTAL=	124.950	124.950	0

Tiquete P.O.S N:Y001 0000261710
RANGO:237620-500000
Autorizacion Numeracion DIAN:
18763005906470 de May 18/2020
Quedan: 15 meses y 3 dias de 24 meses
Somos Autorretenedores
Resolucion 00220 19 enero/2.004

TOTAL ART. VENDIDOS = 3
DATOS DE SOFTWARE
TOSHIBA GLOBAL COMMERCE
SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.
NIT 900545074
POS SUPERMARKET
TOSHIBA 4690 OS VERSION 6
ATENDIDO POR: ANA GISELLA MONTENEG
15/Feb/2021 14:16 1684 01 0043 1087201

ES UN GUSTO TENER CLIENTES COMO USTED

EN ESTA COMPRA UD AHORRO :$ 12.495

SENOR USUARIO:
POR SU SEGURIDAD Y LA DE TODOS
NUESTROS CLIENTES REVISE SUS
PRODUCTOS Y MEDICAMENTOS
ANTES DE RETIRARSE
NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES
REMBOLSALE AL PLANETA
USA MENOS PLASTICO Y TRAE TUS BOLSAS

Disfruta de nuestras ofertas y
beneficios tambien en:
www.droguariascolsubsidio.com

IXITO CHIPICHAPE
COMPRA Y RECOGE 3216299627

320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250 A
576305	D.P.PADO HALLS U	1.420 A
1001092	CEP ADULTO COLGATE	34.700 A
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $		54.370
	9233 25% MERCADO	8.675 -
	9815 25% RS MERCADO	4.563 -
VF	TARJETA DEBITO	41.132

Recibo:012682 RRN:016343 Aprc:123671

CAMBIO 0

TU AHORRO FUE $13.238

9233 25% MERCADO $ 8.675
9815 25% RS MERCADO $ 4.563

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
A=19%	41132	34565	6567
TOTAL=	41132	34565	6567

TIQUETE :0402 70336549
RES.DIAN# 18764009846697 DE20/ENE/2021
RANG.AUT.0402 70330797 al 79999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 3
ALMACENES EXITO S.A NIT890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

15/FEB/2021 13:59 0402 07 0116 0102

ESTIMADO(A):azul canela
ESTADO DE TUS PUNTOS COLOMBIA

Concepto	Trnsacion	Acumulado
Pnts vigentes		58 *********
Pnts x vencer	31ENE\22	64

402 - NK317

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE $ 70 $ 018 $ 70741
09:08:12 2021/02/05 No Planilla: 9415885788
PAGO COTIZACION: 202103 Normal
VALOR PAGADO: 376,200.00 51962509 111111
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA No.9415885788

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON No. DE AUTORIZACION 5419416D
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor
$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques deben estar sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

EXITO PALMETTO
COMPRA Y RECOGE 305331654

1471291 PA HIG.REN SCOTT P 13.650 A
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 13.650
1064162 IMPUESTO BOLSA PLA .51
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 13.701
EFECTIVO 50.000
CAMBIO 36.299

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
-00%	51	51	0
A-19%	13650	11471	2179
TOTAL-	13701	11522	2179

TIQUETE :0616 62479156
RES.DIAN# 18764003085651 DE26/AGO/2020
RANG.AUT.0616 62433407 al 69999999
TOTAL ARICULOS COMPRADOS - 2
Almacenes Exito S.A. NIT.890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

03/FEB/2021 09-05 0616 06 0044 1671

ESTIMADO(A):VICKY FERNANDA GALINDEZ AG
ESTADO DE TUS PUNTOS COLOMBIA

Concepto	Transcion	Acumulado
Pnts vigentes	19	**********
Pnts x vencer	30\ABR\21	303

616 A 2 R L 5

EXITO CHIPICHAPE
COMPRA Y RECOGE 3216299627

1064161	IMPUESTO BOLSA PLA	61	
1605723	ALGODON ABSORBENTE	980	
1605723	ALGODON ABSORBENTE	980	
1605723	ALGODON ABSORBENTE	980	
1068324	ENJUAGUE B LISTERI	10.100	A
1068324	ENJUAGUE B LISTERI	10.100	A
1068324	ENJUAGUE B LISTERI	10.100	A
1345258	P.PAGO 98 LISTERIN	10.080	A
1345258	P.PAGO 98 LISTERIN	10.080	A
1345258	P.PAGO 98 LISTERIN	10.080	A
1064161	IMPUESTO BOLSA PLA	51	
450604	G.SAL.CREM BRIDGE	4.570	A
1243841	CREMA ESPE COLGATE	19.950	A
3002178	REMOVEDOR AMPM PLU	5.950	A
1243841	CREMA ESPE COLGATE	19.950	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
320156	SEDA CERA ORAL-B 5	18.250	A
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $		**223.502**	
8241 25% RS MERCADO		27.375	-
VF TARJETA DEBITO		196.127	

Recibo:010269 RRN:012443 Aprb:845162

CAMBIO 0

TU AHORRO FUE $27.375

8241 25% RS MERCADO $ 27.375

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARI-A	COMPRA	BASE/IMP	IVA
*00%	2669	2669	0
A-19%	193458	162570	30888
TOTAL-	196127	165239	30888

TIQUETE :0402 130248394
RES.DIAN# 18764003446697 DE20/ENE/2021
RANG.AUT.0402 130244984 al 139999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 21
ALMACENES EXITO S|A/NIT890.900 608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

05/FEB/2021 12:17 0402 13 0009 7696

ESTIMADO(A):azul canela
ESTADO DE TUS PUNTOS COLOMBIA

Concepto	Trnsacion	Acumulado
Pnts vigentes	280	*********
Pnts x vencer	31\ENE\22	64

402 - U4S7J

SM LINGERIE

MEC LINGERIE SAS NIT 900.721.248-3
CHIPICHAPE LOCAL 208
CALI VALLE
GRACIAS POR SU COMPRA

Factura de Venta **TK-00458**

Turno 2021.02.02 003 03
Fecha 2021-FEB-02

ARTICULO		CANT	TOTAL
FORMFIT ROGERS BRASIER FIELG88			
55350821	57,100	1.0 UND	57,100

Articulos: 1 TOTAL $ **57,100**

Vlr Bruto	47,983
Descuentos	0
IVA	9,117
Base Exenta	0
Base Gravable	47,983

FORMA DE PAGO

Tarjetas	57,100

Vendedor: ADRIANA BASTIDAS
RESOLUCION DIAN 18764 07465230
DESDE TK 1 AL TK 1 000
FECHA 2020-11-12 VENCE 2021-11-12

2021.02.02 03:25:16 PM

POR FAVOR CONSERVE ESTE TIQUETE
NECESARIO PARA CUALQUIER RECLAMO
PASADOS 30 DIAS NO SE ACEPTAN
CAMBIOS NI DEVOLUCIONES
GARANTIA CUBRE DEFECTOS DE FABRICA
NO RE DAÑOS OCASIONADOS POR
O CUIDADO INADECUADO
NO T MEDIA
RIUS
O HA
O.

OLIMPICA S.A.
OLIMPICA ALAMEDA II CL. 8A
NIT. 890 107 487-3

GERENTE: KAREN HERNANDEZ
TELEFONOS :5556469/5556467
FECHA DE EXPEDICION: 21/02/08

Cod	Descripción	Cnt	Valor
1167052	AROMAT "D" MANZ 1		2.350 D
	T/P 8001509003761819-1		
**SUBTOTAL/TOTAL --->		$	2.350
	Efectivo		20.000
	CAMBIO		17.650

TARJETA PLATA

Total/acum: 389 Hasta ayer
Tarjeta No :8001509003761819
Nombre Cte :VICKY FERNANDA GALIDEZ

TOTAL ARTICULOS VENDIDOS = 1

** DETALLE DE LOS IMPUESTOS **

Tipo	Compra	Base/Imp	IMP
D=19%	2.350	1.975	375
*SIN IVA	0		
TOTAL	2.350	1.975	375

R E G I M E N C O M U N

Lo Atendió: CAMILA TAO
DCTO/EQUIVALENTE:KN03-00736794
RANGO:KN03000686900-KN039999999
-Resol.:00403417990 de Sep 14/2020-
VALERIANA

Feb/8/2021 18:52 0591103 0284 1005872
PROHIBIDA LA VENTA DE LICORES
A MENORES DE EDAD

FARMACIA DROGUERIA SAN JORGE LTDA
DROGUERIA SAN JORGE LTDA
NIT.: 805002583-1
CL 7 No.30A 12
Tel: 6410880
CALI - COLOMBIA

REGIMEN COMUN

DOCUMENTO EQUIVALENTE L013-367483

VENTAS A DOMICILIO

Caja : 013-01 Consec. #: 420439
Fecha : 2021/02/08
Cliente : VIKY FDA GALINDEZ/OTILIA BALA
Nit o C.C: 31320471
Empresa : CALLE 7 # 29-43 PARQUEADERO
Telefono : 5246318 EX 112
Direccion:
HOGAR STA INEZ / &
Barrio : CEDRO
Ciudad : CALI
Mensajero: 111 MELO BAQUERO JORGE ANDRE
Pedido # : 257482 Origen : X05 DIR. PED
Hora : 10:28 AM / 10:30 AM

Item	Descripcion	UM	Total
003449	ACI FUSIDICO 2% CR 1 CJ		8700
900001	DOMICILIO CON IVA	UN	1200 *

T O T A L $9,900

---[DETALLE DE VALORES]---

Vta Gravada (*)..... 1,008 +
Vta Excluida..... 8,700 +
I V A..... 192 +

---[INFORMACION TRIBUTARIA]---

%	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
0.00	8,700.00	0.00
19.00	1,008.00	192.00
Efectivo		$9,900

HABILITACION NUMERACION SEGUN RESOLUCION
No. 18764010280147 del 2021/02/03
Desde L013-122047 Al L013- 999999

*** GRACIAS POR SU COMPRA ***

Factura de Venta
PC-38543

8/02/2021

CLIENTES VARIOS
CXC 222222222

Cant.	Codigo / Descripción	Dcto.	Valor total
5	0000236 Colesomo Hidratizado x 250 gm (UD)		139.000

TOTAL ==========> 139.000

RECIBIDO ==> 150.000

CAMBIO ==> 11.000

SUBTOTAL 116.807

Codigo	Base	IVA	TOTAL
0000250 0% 9999231 19%	116.807	0 22.193	$ 139.000

VALOR TOTAL : 139.000

Forma de pago	Valor
Efectivo	139.000

VENDEDOR :

TOTAL : 139.000
NRO. ARTICULOS VEND. : 5
USUARIO : JESIRAMOS
EQUIPO/CAJA : CENTENARIO
FECHA VENCIMIENTO : 8/02/2021

Resolución DIAN No. 18764001612993 de 04/08/2020
Rango PC 25001 al PC 32500

FRM-050V1

Impreso con ContaPyme V. 4 - Insoft. Nit 810.000.630-9
www.contapyme.com

8/02/2021 11:22:22 a.m.

No. 03

Por $ 12000

Fecha 02-08-21

Recibí (mos) de Vicky Galindez

La suma de Doce mil pesos m/cte

Cambio de botona - elastico manga y desmanchada (lavado)

Para

3176971932

Atto (s) S.S. Farik Gomez "Modista"

EGRESOS MES DE MARZO DE 2021

marzo del 2021

1 mensualidad Hogar Santa Ines Geriatrico $38'21.199
2 factura # 0120114619 cuota moderadora cruz verde $ 14.000
medicamentos
3 recibo de caja menor a nombre luis carmarin $ 35.000
por concepto una caja de guantes esteriles
4 consignación Banco occidente # planilla $ 398.000
941624098 por concepto de EPS, ARL, caja
de compensación, pensión
5 recibo de caja menor compra de hierbas $ 6.000
saúco, borraja para la tos
6 Factura KN02-01046193 olimpica S.A compra $ 2.350
de aromatica de maizena (caja)
7 Factura # 1013374171 droguería San Jorge $ 25.250
propoleo 350 gr 1 frasco, vitamina C 20 s
Domicilio
8 recibo de caja menor compra de hierbas $ 10.000.
poleo, borraja
9 recibo de caja menor por concepto de $ 15.300.
transporte reclamo de medicamentos, vale
de almuerzo mensajero
10 recibo de caja menor Traje desechable $ 10.000
Adriana
11 recibo de caja menor a Vicky Galindez $ 106.454
por subsidio de transporte
12 recibo de caja menor pago nomina y $ 1'138.500
pago de vacaciones
13 recibo de caja menor a adriana $ 160.000
Asistencia (Terapeuta ocupacional)
los dias 21 y 28 marzo 2021

TOTAL $ 5'742.053

Keralty

EPS SANITAS

REMISIÓN DE PACIENTES

Fecha: 04/03/2021, 14:19:28

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT: 800251440
Código: 760010904306
Dirección: Avenida 5A Nº 21 Norte - 102 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3168052816 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue360@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitente: Consulta Externa

Servicio al cual se remite el paciente: Dermatologia

Transporte:

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad:

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: PTE CON LESION HIPERPIGMENTADA EN BRAZO DERECHO Y MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CUIDADORA NO SABE EL TIEMPO DE EVOLUCION EXACTO, REIFERE SANGRADO LEVE EN UNA OCASION, SOLICITO VALORACION POR DERMATOLOGIA

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Jeiqualine Cifuentes Burbano - Dermatologia
CC 1061680985 - Registro medico 1061680985

Impreso: 04/03/2021, 14:25:09

Original

Impresión realizada por: jacifuentes

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

REMISIÓN DE PACIENTES

EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT: 800251440
Dirección: Avenida 5A No 21 Norte - 132 - Teléfono: 3831040

OTILIA BALANTA
Identificación: CC 23002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
04/03/2021, 14:15:28
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 23002307
Historia Clínica: 23002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente asapta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Otro, Cuidador.
Motivo de consulta: Valoracion de lesion en antebrazo .
Enfermedad Actual: Cuidadora refiere 1 año de evolucion con neoformacion en placa en antebrazo y pierna. Se ha colocado acido fusidico .

EXAMEN FISICO

- Signos Vitales:
Talla: 1.62 m

- Hallazgos:
Piel y Faneras: Observaciones: Placa seborreica de superficie oleosa en antebrazo y en pierna derecha.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Paciente con queratosis seborreica en antebrazo y en la pierna derecha, paciente con Alzheimer que se traumatiza constantemente el tumor, por tanto se da orden para resecion por criotersapia.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Queratosis seborreica (L82X), Tiempo Evolución: 1 Año(s), Confirmado nuevo, Causa Externa Enfermedad general, No Embarazada.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se ordena Resecion de lesiones cutaneas por cauterizacion, fulguracion o criotersapia en area especial, mas de diez lesiones.

- Se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Jaqueline Cifuentes Burbano - Dermatologia
CC 1061696985 - Registro médico 1061696985

Impreso: 04/03/2021, 14:25:09 Impresión realizada por: sepifuentes Página 2 de 3

Original

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

CONTRARREFERENCIA

EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT. 800251440
Dirección: Avenida 5A No 21 Norte - 103 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
04/03/2021, 14:15:28
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA AUTOMATICA

Fecha de la remisión	Médico que remite	Especialidad
26/02/2021	Jaqueline Cifuentes Burbano	Dermatologia

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Resumen de la atención

Motivo de consulta: Valoracion de lesion en antebrazo Enfermedad actual: Cuidadora refiere 1 año de evolucion con neoformacion en placa en antebrazo y pierna. Se ha colocado acido fusidico Análisis: Paciente con queratosis seborreica en antebrazo y en la pierna derecha, paciente con Alzhaimer que se traumatiza constantemente el tumor, por tanto se da orden para reseccion por crioterapia.

PLAN DE MANEJO

- Diagnóstico(s): L82X - Queratosis seborreica, Principal.

- Se ordena Reseccion de lesiones cutaneas por cauterizacion, fulguracion o crioterapia en area especial, mas de diez lesiones.

- Se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma.

CONTROL

El paciente debe continuar manejo en su UAP asignada

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Jaqueline Cifuentes Burbano - Dermatologia
CC 1061880965 - Registro médico 1061880965

Impreso: 04/03/2021, 14:25:09 Impresión realizada por: jaqcifuentes Página 3 de 3

Original

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

Keralty

EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT. 800251440
Dirección: Avenida 5A No 21 Norte - 102
Teléfono: 3931040

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS No. 36340912

CALI (SANTIAGO DE CALI) - 04/03/2021, 14:23:55

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007912-1-1
Tipo de Usuario: Contributivo

Sexo: Femenino - Edad: 90 Años
Historia Clínica: 29002307

DIAGNÓSTICO:

(L82X)

No.	PROCEDIMIENTO	Cantidad
1	863105 - Reseccion de lesiones cutaneas por cauterizacion, fulguracion o crioterapia en area especial, mas de diez lesiones	3 - 1 Mes(es)

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA

ORDEN MÉDICA VÁLIDA POR 120 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS DEL MÉDICO

Jaqueline Cifuentes Burbano - Dermatologia
CC 1061686985 - Registro médico 1061686985

Original

- Impreso: 04/03/2021, 14:25:09

Impreso por: jaqcifuentes

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT. 800251440
Avenida 5A No 21 Norte - 102.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
CALI (SANTIAGO DE CALI)
04/03/2021, 14:15:28
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Recomendaciones generales: Baño de la piel con limpiadores que no tengan olor, ni color, con pH neutros para evitar irritaciones y alergias, usar limpiadores sin jabón (Syndet), como almipro syndet, exomega aceite de ducha,evitando el uso de agua muy caliente para retirarlos. Crema hidratante como acuanova care

DATOS DEL MÉDICO

Jaqueline Cifuentes Burbano - Dermatología
CC 1061686985 - Registro médico 1061686985
- Impreso: 04/03/2021, 14:25:11

Original

Impresión realizada por: jaqcifuentes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

1. Por la presente autorizo al Profesional _____

y a los asistentes de su elección en la EPS Sanitas, a realizar en mi o en el(la) paciente **BALANTA OTILIA** la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es):

1 ***Reseccion de lesiones cutaneas por cautertzacion, fulguracion o crioterapia en area especial, mas de diez lesiones***

2. El Profesional _____

me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de los riesgos y beneficios inherentes a la intervención propuesta y en particular los siguientes:

1 ***Dolor***
Hipopigmentacion .

3. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento existentes y de las ventajas del procedimiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.

4. Se me ha informado y entiendo que en el curso de la intervención propuesta pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el profesional tratante lo juzga conveniente.

5. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

6. Finalmente manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al procedimiento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma del paciente o persona responsable *
C.C.

* Parentesco, si firma una persona que no sea el paciente

Testigo
C.C.
Dirección:
Teléfono:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del (los) procedimiento (s) descrito (s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/ o su familia han formulado.

Firma y Número de Registro del Profesional
C.C.

Fecha: **04/03/2021**

Original

RECIBO DE CAJA MENOR

	Día	Mes	Año
Ciudad: cali	30	marzo	2021
Pagado a: Adriana Ramirez	$ 160.000		
Por concepto de: asistencia (Terapia Ocupacional los dias 21 y 28 de marzo 2021			
Valor (en letras): ciento sesenta mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: Adriana Ramirez		
Aprobado:	CC ☐ NIT 31909333		

Keralty

EPS SANITAS

REMISIÓN DE PACIENTES

Fecha: 04/03/2021, 14:18:39

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Versalles - NIT. 800251440
Código: 730010004308
Dirección: Avenida 6A No 21 Norte - 102 - Teléfono: 3831040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/05/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 23-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3166052818 - 3054708601
Correo electrónico: butterflyblue390@gmail.com
Carné: 10-1007832-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 23-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708601
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitente: Consulta Externa

Servicio al cual se remite el paciente: Dermatologia

Transporte:

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad:

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: PTE CON LESION HIPERPIGMENTADA EN BRAZO DERECHO Y MIEMBRO INFERIOR DERECHO, CUIDADORA NO SABE EL TIEMPO DE EVOLUCION EXACTO, REIFERE SANGRADO LEVE EN UNA OCASION, SOLICITO VALORACION POR DERMATOLOGIA

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Jaqueline Cifuentes Burbano - Dermatologia
CC 1061680985 - Registro médico 1061680985

Original

Impresa: 04/03/2021, 14:25:09

Impresión realizada por: jacifuentes

Firmado Electrónicamente

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 15	Mes mar	Año 2021
Pagado a: Vicuyfda gallinde3	$ 106454		
Por concepto de: Subsidio de transporte			
Mes de Febrero 2021			
Valor (en letras): ciento seis mil cuatrocientos			
cincuenta y cuatro mcte			
Código:	Firma de recibido: VICUYFDA GANDEZ R		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT 21320474		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día: 14	Mes: mar30	Año: 2021
Pagado a: Vicky Fda gallinda3.	$ 6000		
Por concepto de: hierbas, sauco, borraja para la TOS			
Valor (en letras): Seis mil pesos			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GANDEZ		
Aprobado:	☐c.c ☐NIT 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad:	Día: 25	Mes: mar30	Año: 2021
Pagado a: Vicky Fda gallinda3.	$ 10.000.		
Por concepto de: compra de hierbas borraja, poleo. borraja para la TOS.			
Valor (en letras): diez mil pesos /MCTE.			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GANDEZ		
Aprobado:	X c.c ☐NIT 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 25	Mes mar	Año 2021
Pagado a: Yeny Fda Gallndes	$ 15.300		
Por concepto de: transporte reclamo de medicamentos.			
Vale de almuerzo			
Valor (en letras): quince mil, trecientos pesos / MCTE			
Código:	Firma de recibido:		
Aprobado:	Yeny Fernández C.C. CNIT 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 03	Mes mar	Año 2021
Pagado a: Luz Dary	$ 35.000		
Por concepto de:			
una caja de guantes esteriles			
Valor (en letras): treinta y cinco mil pesos			
Código:	Firma de recibido:		
Aprobado:	C.C. CNIT 66-845260		

OLIMPICA S.A.
OLIMPICA ALAMEDA II CL. 8A
NIT. 890107487-3

GERENTE: CARLOS HERNANDEZ
TELEFONO: 5664657/5561467
FECHA DE [illegible]CION: 21/03/14

Cod	Descripción	Cnt	Valor
1167052	ARDP [illegible]	MARZ 1	2.350 D

T/P:8[illegible]0003761819-1

**SUBTOTAL/Total ---> 1 2.350
Efectivo 2.500
CAMBIO 150

TARJETA PLATA

Total/acum [illegible] Hasta [illegible]
Tarjeta No [illegible]0003761819
Nombre Cte [illegible] FERNANDE GALILEE

TOTAL ARTICULOS VENDIDOS * 1

** DETALLE DE LOS IMPUESTOS **

Tipo	Cuenta	Base Imp.	IMP
D-19%	[illegible]	1.915	375
*SIN IVA	[illegible]		
TOTAL	[illegible]	1.915	375

REGIMEN COMUN
Lo Atendió: [illegible] MUNOZ
DCTO/EQUIVALENTE:KN02-01016193
RANGO:KN02[illegible]2800-KN02[illegible]9999999
-Resol. 1004.01/[illegible]906 de Ene 14/2020-
CHIA

Mzo/14/2021 [illegible] 05911[illegible]0036 5879018
PROHIBIDA LA VENTA DE LICORES
A MENORES DE EDAD

CruzVerde

DOMICILIOS 24 HORAS
TEL: 4865000 BOGOTA
018000 910 5455 NACIONAL

DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
NIT 800.149.695-1
Regimen Comun
Somos Grandes Contribuyentes Segun
Resolucion No. 9061 Dic 10 de 2020

Calle 97 N 13 - 14 Bogota
PBX: 4924860
Agente Retenedores de IVA e ICA

DOCUMENTO EQUIVALENTE

(COPIA)

FACTURA Nro. 0120 114619
SECUENCIA 114619
NRO. TICKET 38421
FECHA Y HORA 02-03-2021 16:52:53
CAJERO JOSE RICARDO ANDRADE MARTINEZ
CIUDAD CALI
CAJA Nro. 15
CLIENTE BALANTA OTILIA BALANTA BALAN
IDENTIFICACIÓN 29002307
CONVENIO Cuota Moderadora
PLAN 422038
DIRECCIÓN
TELÉFONO
CELULAR

DETALLE DE VENTA

DESCRIPCIÓN	CANT		VALOR
-CUOTA MODERADORA EPS SAN	1	0%	14.000
	INTANGIBLE		

TOTAL SIN REDONDEO 14.000
REDONDEO 0
TOTAL FACTURA 14.000

DETALLE DE IMPUESTOS

DETALLE	VR COMPRA	BASE/IMP	IMP
0%	14.000	14.000	0

DETALLE DE PAGOS

FORMA	BANCO	Nro	VALOR
Efectivo			14.000

120_DROGUERÍA CRUZ VERDE TUTELAS CALI
120 Cra 58 # 129-15 esquina SANTIAGO DE CALI
ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 47731
Tarifa 4.14
Autorización DIAN 187640 10822927 de 21/02/21
Habilita facturación por máquina
registradora POS desde
0120 114428 hasta el 0120 200000

EN CRUZ VERDE SOMOS EXPERTOS EN AHORRO:
TU AHORRO HOY FUE DEL 0.0% EQUIVALENTE A: 0
COP.

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

Valor
$

NO botar OK

FARMACIA DROGUERIA SAN JORGE LTDA
DROGUERIA SAN JORGE LTDA
NIT.: 805002583-1
CL 7 No.30A 12
Tel: 6410888
CALI - COLOMBIA

Para Vicky

REGIMEN COMUN

DOCUMENTO EQUIVALENTE L013-374171

VENTAS A DOMICILIO

Caja : 013-01 Consec. #: 427198
Fecha : 2021/09/24
Cliente : VIKY FDA GALINDEZ/UTILIA BALA
Nit o C.C: 31320471
Empresa : CALLE 7 # 25-43 HOGAR SANTAI
Telefono : 5246318 EX 112
Celular : 3168052818
Direccion:
HOGAR STA INEZ / $
Barrio : CEDRO
Ciudad : CALI
Mensajero: 284 PALACIOS ANGELICA MARIA
Pedido # : 489411 Origen : X05 DIR. PED
Hora : 2:19 PM / 3:37 PM

Item	Descripcion	UM	Total
005163	PROPOLEO 350 GR FRES CJ		15600
003715	VITAMINA C MAST MAND FR		8400
	20 x $420.00		
900044	ENTREGA DE BOLSA PLA	UN	50
900000	DOMICILIO SIN IVA	UN	1200

T O T A L $25,250

[DETALLE DE VALORES]

Vta Excluida..... 25,250 +

[INFORMACION TRIBUTARIA]

%	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
0.00	25,250.00	0.00

Consig: 322 -001234 CONSIGNA $25,250

HABILITACION NUMERACION SEGUN RESOLUCION

RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD Cali FECHA 2021/09/24 VALOR $ 10000
CANCELADO A Hogar Santa Ines
POR CONCEPTO DE Traje Desechable.
VALOR EN LETRAS
IMPUTACION
APROBADO POR
RECIBIDO POR Elizabeth
C.C. o NIT

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día: 25	Mes: mar	Año: 2021
Pagado a: Yecny Fda Gallindez	$ 15.300		
Por concepto de: transporte reclamo de medicamentos			
Vale de almuerzo			
Valor (en letras): quince mil, trecientos pesos / Mcte			
Código:	Firma de recibido: Yecny Fdo Gallindez		
Aprobado:	C.C. / NIT: 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día: 03	Mes: mar	Año: 2021
Pagado a: Luz Dary	$ 35.000		
Por concepto de: una caja de guantes esteriles			
Valor (en letras): treinta y cinco mil pesos			
Código:	Firma de recibido: Luz Daifamara C		
Aprobado:	C.C. / NIT: 66-845260		

EGRESOS MES DE ABRIL DE 2021

Abril del 2021

1 mensualidad Hogar Santa Ines Geriatrico $ 3'821.199
2 recibo de caja menor Vicky Galindez compra vale $ 7.300
almuerzo
3 recibo de caja menor Jair luna copago de terapias $ 28.000
Fisica de EPS Sanitas mes Marzo - abril
4 recibo de caja menor Vicky Galindez (cita medica 12 000
neurologia - transporte ida - vuelta
5 recibo de caja menor copago cita medica 14 000
con neurologia.
6 recibo de caja menor por concepto de transporte 12 000
de examenes de laboratorio ida vuelta regreso
7 fotocopias ordenes medica, recibo de caja menor 4700
8 recibo de caja menor # planilla 941853813 $ 398.000
Aportes Sociales, EPS, Pension, riesgos profesionales
caja de compensacion
9 Recibo de caja menor Subsidio de transporte 53.227
del Mes de marzo a Vicky Galindez
10 Recibo de caja menor Pago de nomina del 1'138.500
Mes de Abril 2021 a Vicky Fab Galindez

TOTAL $ 5'488.926

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 148303499

Fecha: 05/04/2021, 09:52:47

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT: 800251440
Código: 760010904305
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3168052818 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clinica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente:	Consulta Externa		
Interconsulta a:	Nutricion		
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante	**Prioridad:**	No prioritario

Resumen de historia clinica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación:	SEGUIMIENTO NUTRICIONAL
Observaciones:	CONTROL EN 4 MESES

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3931048, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Malka I. Torres Zapata
Nutricionista Dietista
TP. 02255

OJO Pedir AGOSTO

Malka Irina Torres Zapata - Nutricion Humana
CC 55229147 - Registro médico 55229147

- Impreso: 05/04/2021, 10:09:45 Impresión realizada por: mitorres **Original** Página 1 de 3

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

NUMERO DE APROBACION: 148303499

CALI (SANTIAGO DE CALI)
05/04/2021, 09:52:47
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Otro, VICKY GALINDEZ.
Motivo de consulta: CONTROL NUTRICIONAL POR PROGRAMA RC, SEGUIMIENTO ALZHEIMER Y PESO.
TELECONSULTA POR CONTINGENCIA COVID 19 .
Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 90 AÑOS , VIVE EN HOGAR GERIATRICO. ME COMUNICO CON LA CUIDADORA.

AP: DEMENCIA TIPO ALZHEIMER GDS 4, CUIDAODRA NO TIENE INFORMACION INICIO DE ENFERMEDAD.
HTA (2009).
PARALISIS DE BELL.
OSTEOPOROSIS (ABRIL 2019)
PREDIABETES- CUIDAODRA NO TIENE INFORMACION DEL INICIO DE ENFERMEDAD.
HIPOTIRODISMO DESDE NOVIEMBRE 2020

YA LE APLICARON LA PRIEMRA DOSIS DE VACUNA PARA COVID.

EVALUACION DE RIESGO DE COVID-19:
Hospitalizado o consultado urgencias recientemente : No
Viajes al extranjero: no
Contacto con viajeros: no
Ha presentado fiebre: NO
Ha presentado perdida del olfato: NO
Dificultad para respirar: NO
Ha tenido contacto con personas con DX de COVID- 19: NO

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 90 AÑOS EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR PERDIDA DE PESO. CUIDADORA REFIERE HA MEJORADO NOTABLEMENTE ,TIENE BUEN APETITO Y HA NOTADO AUMENTO DE PESO.
ESTAN SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA CONTROL GLCIEMICO POR PREDIABETES, VIVE EN HOGAR GERIATRICO DONDE LE CUMPLEN CON LA DIETA. TIENE PENDIENTE EXAMENES PARA CITA DEL 23 DE ABRIL.

CUIDADORA REFIERE PESO EL DIA DE HOY 73 KILOS Y PESO ANTERIOR 69 KILOS.

HA EVOLUCIONADO SATISFACTORIAMENTE, HA LIMTADO UN POCO LA MARCHA POR CUADRO DE GRIPA.

DE ACUERDO A ANAMNESIS ALIMENTARIA, ADECUADOS HABITOS DE AIMENTACION, INCLUYENDO TODOS LOS GRUPOS E ALIEMNTOS , CONSUME TODAS LAS PORCIONES SUMINISTRADAS 5 VECES AL DIA. POR SU CONDICION MENTAL DICE CONSTANTEMENTE QUE TIENE HAMBRE Y NO LE HAN DADO COMIDA, SIN EMABRGO SE CUMPLE CON LO ESTIPULADO EN PLAN

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3931048, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Maika Irina Torres Zapata - Nutricion Humana
CC 55229147 - Registro médico 55229147

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 148303499

CALI (SANTIAGO DE CALI)
05/04/2021, 09:52:47
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DE ALIMENTACION .

PACIENTE SOSTENIDA Y EVOLUCIONANDO ADECUADAMENTE SEGUN LAS PAUTAS DE ALIMENTACION. CONTROL EN 4 MESES

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Enfermedad de Alzheimer, no especificada (G309), Clasificación Nutricional: Normal, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Hiperglicemia, no especificada (R739), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se solicita interconsulta a Nutricion.

- Se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3931048, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Malka Irina Torres Zapata - Nutricion Humana
CC 55229147 - Registro médico 55229147

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES NUTRICIONA
CALI (SANTIAGO DE CALI)
05/04/2021, 09:52:47
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

Preferir: Condimentos naturales, cebolla, tomate, perejil, pimentón, ajo. Cilantro, tomillo, laurel, etc en diferentes preparaciones
Evitar: Evite usar el salero en la mesa. Evite el consumo de sopas de sobre, caldos de cubo, salsa de soya, bicarbonato de sodio, ali
de tomate, aderezos para ensaladas a base de mayonesa.

Otras Recomendaciones:
-Mastique bien los alimentos y no realice ninguna otra actividad mientras come
-Consuma los alimentos en un ambiente tranquilo y agradable
-Su alimentación debe ser fraccionada con 5 a 6 comidas al día, en un horario estricto, y en lo posible no omitir ninguna (Desayuno,
Cena)."

DATOS DEL PROFESIONAL

Malka I. Torres Zapata
Nutricionista Dietista
TP. 02285

Malka Irina Torres Zapata - Nutricion Humana
CC 55229147 - Registro Profesional 55229147
05/04/2021, 10:09:47

Original

Impresión realizada por: mitorres

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
CALI (SANTIAGO DE CALI)
05/04/2021, 09:52:47
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Diagnóstico y/o procedimiento quirúrgico: Enfermedad de Alzheimer, no especificada Clasificación Nutricional: Normal

Intervenciones: "EJEMPLO DE TU MENU MODELO DESAYUNO: Bebida en _____ sin dulce (1 pocillo) Proteína (huevo no frito o queso) porción) Harina (1 porción) Fruta entera (1 porción) MEDIAS NUEVES: Fruta entera (1 porción) ALMUERZO: Proteína (Carnes) (1 porción) Harina (1 po Verdura cruda y cocida (1 porción) Bebida sin azúcar (1 vaso) ONCES: Fruta entera (1 porción) CENA: Similar al desayuno con 1 porción de harina Una de HARINA equivale a: 1 pocillo de cereal sin dulce 1 pan integral 1 pan blanco 1 tajada de pan 2 tostadas o calados 1 arepa mediana 5 galletas soda 2 de maiz pira 1/2 plato de sopa de cualquier tipo 1/2 pocillo chocolatero de arroz 1/2 arracacha mediana 2 papas comunes pequeñas 6 papas criollas me 1/2 plátano hartón 2 astillas pequeñas de yuca 1 pocillo de pastas en cocido 3/4 de pocillo de leguminosa: frijol, lenteja, garbanzo, soya o arveja seca U porción de FRUTA equivale a: 1/2 banano 1 pitaya mediana 1/4 mango tomy 12 unidades de uchuvas 1 manzana pequeña 1 tajada delgada de piña 1 c chilena 2 higos 3 ciruelas comunes 1 zapote 1 durazno mediano 1 mango de azúcar 1 pera 1 naranja pequeña 1 mandarina pequeña 2 tajadas de melo unidades de mora 6 cdas soperas de guanábana 1 tajada de papaya 1 toronja 1 guayaba mediana 2 feijoas medianas 1 granadilla 1 tajada delgada de unidades de fresas 20 uvas nacionales 2 kiwis medianos"

Recomendaciones generales: CARNES Preferir: Consumir pescado y pollo sin piel. Carne de res, ternera, pollo, cerdo magra Evitar: Carnes grasosa chicharrón, costillas, etc. Carnes de salsamentaria (jamón, jamoneta, mortadela),embutidos (salchicha, salchichón), vísceras (hígado, pajarilla, callo, ch menudencias de pollo), piel de pollo, fritanga LÁCTEOS Preferir: Leche semi o descremada, kumis y yogurt bajo en grasa y sin azúcar añadida. Queso descremado (pera, mozarella, campesino) Evitar: Leche deslactosada, quesos grasosos como campesino entero, doble crema, parmesano, roquefort, holandés. Queso de untar o cuajada. FRUTAS Y VERDURAS Preferir: Frutas y verduras enteras o al natural (NO JUGOS). Evitar: Jugos de frutas, fru verduras enlatadas o en frascos, frutas cristalizadas. HARINAS Preferir: En lo posible incluya alimentos integrales como pan, galletas, calados integral en hojuelas, cereales del desayuno sin dulce (sin azúcar, panela, miel, melaza). Todas las harinas se pueden consumir teniendo en cuenta la porción mezcla de las mismas. Evitar: Productos de pastelería: tortas, bizcochos, ponqués, galletas, buñuelos, almojábanas, pan de yuca, roscones. Empanad amales, maíz pira, productos empaquetados como chitos, papas, patacones, maizitos, cereales para el desayuno con azúcar o miel. DULCES Prefer lternativa puede consumir edulcorantes 100% stevia; tenga en cuenta que no son de libre consumo. Evitar: Azúcar, miel, panela, fructosa y producto ontengan como: chocolatinas, golosinas, caramelos, helados, dulces caseros, mermelada, bocadillo, cocoa, gelatina, arequipe, jalea, postres y dulce eneral. BEBIDAS Preferir: Consuma suficiente agua al día. Consuma bebidas sin dulce como limonada natural, aromáticas, agua saborizada natural

ATOS DEL PROFESIONAL

Malka I. Torres Zapata
Nutricionista Dietista
TP. 02285

Original

lka Irina Torres Zapata - Nutricion Humana
55229147 - Registro Profesional 55229147
05/04/2021, 10:09:47

Impresión realizada por: mitorres

casa, te en agua, refrescos dietéticos, tinto, chocolate sin azúcar, gelatina dietética. Evitar: Jugo de frutas naturales ni industrializados, gaseos azúcar, chocolate con azùcar, agua de panela, bebidas energizantes, refrescos con azúcar (Mr. Te, Suntea, Tang, Frutiño), bebidas alcohólica agua saborizada industrial. GRASAS Preferir: Esta permitido el uso de aceites vegetales en especial de canola y girasol (cocido), oliva (crudo). semillas secas. Evitar: Mantequilla, margarina, mayonesa, crema de leche, manteca, frituras. CONDIMENTOS Preferir: Condimentos naturales perejil, pimentón, ajo. Cilantro, tomillo, laurel, etc en diferentes preparaciones. Evitar: Evite usar el salero en la mesa. Evite el consumo de sopa caldos de cubo, salsa de soya, bicarbonato de sodio, alimentos procesados, salsa de tomate, aderezos para ensaladas a base de mayonesa. Recomendaciones: -Mastique bien los alimentos y no realice ninguna otra actividad mientras come -Consuma los alimentos en un ambiente tra agradable -Su alimentación debe ser fraccionada con 5 a 6 comidas al día, en un horario estricto, y en lo posible no omitir ninguna (Desayuno, Almuerzo, onces, Cena).

Actividad física: Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de complicaciones d recomienda que se dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas (caminar, bailar, trotar, pedalear, nada

Hábitos de vida saludable:

*CARNES

Preferir: Consumir pescado y pollo sin piel. Carne de res, ternera, pollo, cerdo magra

Evitar: Carnes grasosas: chicharrón, costillas, etc. Carnes de salsamentaría (jamón, jamoneta,mortadela),embutidos (salchicha, salchichón), v pajarilla, callo, chunchullo, menudencias de pollo), piel de pollo, fritanga

LACTEOS

Preferir: Leche semi o descremada, kumis y yogurt bajo en grasa y sin azúcar añadida. Queso descremado (pera, mozarella, campesino)

Evitar: Leche deslactosada, Quesos grasosos como campesino entero, doble crema, parmesano, roquefort, costeño, holandés. Queso de unta

FRUTAS Y VERDURAS

Preferir: Frutas y verduras enteras o al natural (NO JUGOS)

DATOS DEL PROFESIONAL

Malka I. Torres Zapata
Nutricionista Dietista
TP. 02285

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
CALI (SANTIAGO DE CALI)
05/04/2021, 09:52:47
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

Evitar: Jugos de frutas, frutas y verduras enlatadas o en frascos, frutas cristalizadas

HARINAS
Preferir: En lo posible incluya alimentos integrales como pan, galletas, calados integrales, avena en hojuelas, cereales del desayuno sin dulc
panela, miel, melaza). Todas las harinas se pueden consumir teniendo en cuenta la porción y la mezcla de las mismas
Evitar: Productos de pastelería: tortas, bizcochos, ponqués, galletas, buñuelos, almojábanas, pan de yuca, roscones. Empanadas, tamales
productos empaquetados como chitos, papas, patacones, maizitos, cereales para el desayuno con azúcar o miel.

DULCES
Preferir: Como alternativa puede consumir edulcorantes 100% stevia; tenga en cuenta que no son de libre consumo.
Evitar: Azúcar, miel, panela, fructosa y productos que los contengan como: chocolatinas, golosinas, caramelos, helados, dulces caseros, m
cocoa, gelatina, arequipe, jalea, postres y dulces en general.

BEBIDAS
Preferir: Consuma suficiente agua al día. Consuma bebidas sin dulce como limonada natural, aromáticas, aguas saborizadas, te en agua,
tinto, chocolate sin azúcar, gelatina dietética.
Evitar: Jugo de frutas naturales ni industrializados, gaseosas con o sin azúcar, chocolate con azúcar, agua de panela, bebidas energizante
azúcar (Mr. Te, Suntea, Tang, Frutiño), bebidas alcohólicas, agua de aloe.

GRASAS
Preferir: Esta permitido el uso de aceites vegetales en especial de canola y girasol (cocido), oliva (crudo). Aguacate, semillas secas.
Evitar: Mantequilla, margarina, mayonesa, crema de leche, manteca, frituras.

CONDIMENTOS

DATOS DEL PROFESIONAL

Malka I. Torres Zapata
Nutricionista Dietista
TP. 02285

Keralty

NEUROCLINICA INTEGRAL SAS

INTERCONSULTA

Fecha: 16/04/2021, 11:13:58

DATOS DEL PRESTADOR
Neuroclinica Integral SAS - NIT. 900800966
Código: 760011004601
Dirección: CALLE 5D No. 38A-35 - Teléfono: (032) 3472792
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

NUMERO DE APROBACION: 149377185

149603463

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3168052818 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa
Interconsulta a: Neurologia
Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante
Prioridad: No prioritario

Resumen de historia clinica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: DEMENCIA
Observaciones: CONTROL EN 6 MESES -

14 AGOSTO
3800791
3148437882

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con NEUROCLINICA INTEGRAL SAS
CALLE 5D 38A-35 TORRE 2 CONSULTORIO 1101 - 1133-1134, 3800791 ; 1105, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

pedir para octubre

LUIS H. ANDRADE F.
NEURÓLOGO - U.M.N.G.
C.C. 79950759 Bta.
R.M. 52-2149/02

Luis Humberto Andrade Fuertes - Neurologia
CC 79950759 - Registro médico 79950759

- Impreso: 16/04/2021, 11:20:57 Impresión realizada por: lhandrade Página 1 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

Keralty

NEUROCLINICA INTEGRAL SAS

Neuroclinica Integral SAS - NIT. 900800966
Dirección: CALLE 5D No. 38A-35 - Teléfono: (032) 3472792

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

INTERCONSULTA
NUMERO DE APROBACION: 149377185
CALI (SANTIAGO DE CALI)
16/04/2021, 11:13:58
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, OTILIA BALANTA.
Motivo de consulta: CONTROL --
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER - - 6 AÑOS - - GDS 6/7 -
TAB * HIPOTIROIDISMO -
* VIVE EN HOGAR *..
Enfermedad Actual: S/ ESTABLE * INDEPENDIENTE - INCONTINENCIA *

TOMA: RIVASTIGMINA 27 MG / MEMANTINA 20 MG DIA - CLOZAPINA / ESCITALOPRAM (POR PSIQUIATRIA)..

EXAMEN FÍSICO

- Signos Vitales:
Frecuencia cardiaca: 78 latidos/min
Frecuencia respiratoria: 17 Respiraciones/min
Tensión arterial sistólica: 110 mmHg
Tensiónn arterial diastólica: 70 mmHg
Tensión arterial media: 83.3 mmHg

- Hallazgos:
Examen Neurológico: Observaciones: MOCA 5/30 - - HIPOACUSIA - ..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

ESTABLE - - CONTINUAR RIVASTIGMINA 27 MG / MEMANTINA 20 MG DIA * * CLOZAPINA / ESCITALOPRAM POR PSIQUIATRIA - - ESTIMULACION COGNITIVA - CONTROL EN 6 MESES --

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Enfermedad de Alzheimer, no especificada (G309), Tiempo Evolución: 6 Año(s), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado nuevo, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Rivastigmina 27mg (13,3mg/24h) Sist transd Aplicar (vía transdérmica) 1 parche cada 24 hora(s) por 180 día(s), Memantina clorhidrato tab 20mg Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s).

- Se solicita interconsulta a Neurologia.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con NEUROCLINICA INTEGRAL SAS
CALLE 5D 38A-35 TORRE 2 CONSULTORIO 1101 - 1133-1134, 3800791 ; 1105, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Luis Humberto Andrade Fuertes - Neurologia
CC 79950759 - Registro médico 79950759

- Impreso: 16/04/2021, 11:20:57 **Original** Impresión realizada por: lhandrade

Firmado Electrónicamente

NEUROCLINICA INTEGRAL SAS

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No.
Vigencia del tratamiento: Desde 16/04/202

Neuroclinica Integral SAS - NIT. 900800966
CALLE 5D No. 38A-35.Teléfono: (032) 3472792
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
16/04/2021, 11:18:50
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DIAGNÓSTICO(S):
(G309)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad
1	**Rivastigmina 27mg (13,3mg/24h) Sist transd** Aplicar (vía transdérmica) 1 parche cada 24 hora(s) por 180 día(s).	180 (cie ochenta)

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

FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

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

MÉDICO

LUIS H. ANDRADE F.
NEURÓLOGO - U.M.N.G.
C.C. 79950759 Bta.
R.M. 52-2149/02

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDIC
Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA
Entidad proveedora:

is Humberto Andrade Fuertes - Neurologia
C 79950759 - RM. 79950759

Firma del paciente

mpreso: 16/04/2021, 11:20:57

Original Impresión realizada por: lhandrade

Electrónicamente

Página

Historia

NEUROCLINICA INTEGRAL SAS

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 6

Vigencia del tratamiento: Desde 16/04/2021 h

Neuroclinica Integral SAS - NIT. 900800966
CALLE 5D No. 38A-35.Teléfono: (032) 3472792

CALI (SANTIAGO DE CALI)
16/04/2021, 11:18:49
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

DIAGNÓSTICO(S):
(G309)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad t
1	**Memantina clorhidrato tab 20mg** Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s).	180 (cien ochenta) ta

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

FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

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

MÉDICO

LUIS H. ANDRADE F.
NEURÓLOGO - U.M.N.G.
C.C. 79950759 Bta.
R.M. 52-2149/02

Luis Humberto Andrade Fuertes - Neurologia
CC 79950759 - RM. 79950759

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA

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

Entidad proveedora:

Firma del paciente

- Impreso: 16/04/2021, 11:20:57
- Electrónicamente

Copia Impresión realizada por: lhandrade

Página

Keralty

EPS SANITAS

398 9340

INTERCONSULTA

Fecha: 23/04/2021, 07:19:46

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440
Código: 760010904304
Dirección: Cra 42 No. 5E - 22 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3168052818 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa
Interconsulta a: Psiquiatria
Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante
Prioridad: No prioritario

Resumen de historia clinica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: 4 meses
Observaciones: Agosto pediy

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Otto J. Silgado la Nave
Medico Psiquiatra
Universidad del Valle
T.P. No. 1128055738

Otto Jose Silgado Laneve - Psiquiatria
CC 1128055738 - Registro médico 1128055738

- Impreso: 23/04/2021, 07:35:30

Impresión realizada por: ojsilgado

Original

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Roosevelt - NIT. 800251440
Cra 42 No. 5E - 22 Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0582 -
Vigencia del tratamiento: Desde 23/04/2021 hasta 21/08/2021

CALI (SANTIAGO DE CALI)
23/04/2021, 07:34:39
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DIAGNÓSTICO(S):
(F064) ,(F03X) ,(F062)

CONSULTA NO PRESENCIAL

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	**Escitalopram Oxalato 20mg Tab** Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 120 día(s).	120 (ciento veinte) tableta	4
2	**Escitalopram Oxalato 10mg Tab** Tomar (vía Oral) 1 grágea cada 24 hora(s) por 120 día(s).	120 (ciento veinte) grágea	4

*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación
FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 120 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

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

MÉDICO

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE
Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Otlo Jose Sálgado Laneve - Psiquiatria
CC 1128055738 - RM. 1128055738

Firma del paciente

- Impreso: 23/04/2021, 07:35:30

Original Impresión realizada por: ojsilgado

Página 1 de 1

Electrónicamente

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad:	Día 07	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Gallindez	$ 7-300.		
Por concepto de: vale de almuerzo de cumpleaños.			
Valor (en letras): siete mil trecientos pesos /MCTE			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Gallindez CC 31 320471		
Aprobado:			

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 15	Mes 04	Año 2020.
Pagado a: Yair luna	$ 28.000		
Por concepto de: copago de terapia Fisica de la EPS Sanitas mes de marzo abril			
Valor (en letras): veintiocho Mil pesos MCTE			
Código:	Firma de recibido: Yair Luna Gomez CC 94 399 210		
Aprobado:			

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE [illegible]
[redacted]
NUMERO COMPROBANTE: [illegible]
VALOR PAGADO: 28,000.00 [illegible]
NOTA: EL PAGO DE LA PLANILLA No. [illegible]

HA SIDO RECHAZADO POR EL SIGUIENTE MOTIVO: [illegible]
CON No. DE AUTORIZACION BANCARIA [illegible]
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor
$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques deben estar sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 23	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$ 4700		
Por concepto de: Fotocopias ordenes medicas			
Valor (en letras): cuatro mil setecientos pesos M/CTE			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Galindez		
Aprobado:	C.c. CNP: 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 16	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$ 12.000		
Por concepto de: transporte ida-vuelta cita Neurologia			
Valor (en letras): doce mil pesos / M/CTE			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Galindez		
Aprobado:	C.c. CNP: 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: CaIP	Día 16	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Salinda3	$ 14000		
Por concepto de: copago cita medica Neurologia			
Valor (en letras): catorce mil Pesos Mcte			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GANDEZ		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT.		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: CaIP	Día 15	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Salinda3	$ 53227		
Por concepto de: subsidio de transporte del mes de Marzo /2021			
Valor (en letras): cincuenta y tres mil pesos ocientos veinte siete Mcte			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GANDEZ		
Aprobado:	☒ C.C. ☐ NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali.	Día 12	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Gallndez.	$ 398.000		
Por concepto de: Pago de planilla de aportes. Sociales, EPS, pension, riesgos. Profesionales, caja de compensacion.			
Valor (en letras): trecientos noventa y ocho mil Pesos Mcte.			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Gandez C.		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali.	Día 30	Mes 04	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Gallndez	$ 1'138.500		
Por concepto de: Pago Nomina del mes. de Abril 2021			
Valor (en letras): un millon ciento treinta. y ocho mil quinientos pesos			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Gandez C.		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT 31320471		

EGRESOS MES DE MAYO DE 2021

mayo del 2021

1 mensualidad Hogar Santa Ines Geriatrico 3'821.199
2 transporte taxi ida-regreso reclamo de medicamentos 13 000
recibo de caja menor
3 Factura de venta # 01 FP-368769 Artemisa compra 25 000
aceite de almendras 1 frasco
4 pago de planilla de aportes sociales (EPS, pension 398.000
riesgos profesionales, caja de compensacion
de recibo: 9419689237
5 Subsidio de transporte del mes de Abril 2021 106.454
recibo de caja menor a Vicky Fda Gallindez.
6 papel higenico scott 1 Factura # KN 01-00162674 20.400
olimpica SA
7 compra 1 caja de guantes (recibo de caja menor) 42 000
a Luis Gary Marin
8. pago de nomina del mes de mayo 2021 1'138.500
(recibo de caja menor a Vicky Fda Gallindez)
9 2 cajas de guantes esteriles (recibo de 74 000
caja menor a Luis Gary Marin)
10 2 paquetes de recibo de caja menor (compra) 8000
recibo de caja menor a Vicky Fda Gallindez.

TOTAL $ 5'641.553

DOCUMENTO EQUIVALENTE SISTEMA P.O.S.
No. A154 360339

EPS SANITAS S.A.S. 360341
NIT: 800251440

T360992

Canal: 154 - CAJA VIRTUAL EPS SANITAS
FECHA: 30/05/2021 02:54:37 PM
CONTRATO No. 30 - 10 - 1007932 - 1

==========
Somos Grandes Contribuyentes según Resol
ución DIAN No. 9061 De 10-12-2020

Resolucion DIAN No. 18763005460300 de 15
/04/2020

Autoriza Documento POS del No. A154_1 al
A154_391928

Vigencia de la resolucion (No de meses 18)
==========

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS	14.000
IVA 0%	0

==========
TOTAL IVA: 0
TOTAL: $ 14.000

==========
EPS SANITAS S.A.S.
NIT: 800251440
SOFTWARE CAJAS OSI

Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a trav
pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: VICKY FERNANDA GALINDEZ AGREDO

Tienda virtual o recaudador: APORTES EN LINEA

Nro. de recibo: 9419689237

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9419689237

Identificación del contribuyente: 191.106.142.255

Concepto: CC

Razón Social: 51862509

Fecha y hora de la transacción: Domingo 9 de Mayo de 2021 04:00:20 PM

Nro. de comprobante: 0000000020

Valor pagado: $ 398,000.00

Cuenta: *******7498

Bancolombia S.A.

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 04	Mes May	Año 2021
Pagado a: Vicky Fdagandez.	$ 13.000.		
Por concepto de: transporte taxi ida-vuelta regreso. reclamo de medicamentos			
Valor (en letras): trece mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GANDEZ		
Aprobado:	☒ C.C. ☐ NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: calp	Día 09	Mes may	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$ 398.000		
Por concepto de: Planilla de aportes sociales. EPS, pension, riesgos profesionales. caja de compensacion			
Valor (en letras): trecientos noventa y ocho mil. Pesos.			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Galindez C.C. 31320471		
Aprobado:			

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: calp	Día 30	Mes may	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$ 1'138.500.-		
Por concepto de: Pago Nomina del mes. de mayo 2021			
Valor (en letras): Un millon ciento treinta y ocho mil quinientos pesos/mcte.			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fda Galindez C.C. 31320471		
Aprobado:			

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 15	Mes May	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda gallrdes	$ 106 454		
Por concepto de: subsidio de transporte del mes de Abril 2021			
Valor (en letras): ciento seis mil cuatro. cientos cincuenta y cuatro pesos mcte			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fdo Gandez		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT 31320417		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 24	Mes may	Año 2021
Pagado a: Luz Dary marin	$ 42.000		
Por concepto de: una caja de guantes			
Valor (en letras): cuarenta y dos mil pesos			
Código:	Firma de recibido:		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 30	Mes may	Año 2021
Pagado a: Luz bary marin	$ 74.000		
Por concepto de: 2 paquetes de guantes			
Valor (en letras): setenta y cuatro mil pesos			
Código:	Firma de recibido:		
Aprobado:	☐c.c. ☐nit.		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 30	Mes may	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda galindez	$ 3000		
Por concepto de: 2 paquetes de recibo de caja menor			
Valor (en letras): tres mil pesos			
Código:	Firma de recibido:		
Aprobado:	☐c.c. ☐nit. 31320471		

ABRIL 2021

ARTEMISA SAS NIT 900069469-1
AV ROOSEVELT # 25-32
TEL 318-2124299

FACTURA DE VENTA DIFP-368749

Caja : 001-01 Turno: 1 ARTEMISA
Consec. #: 247667 Fecha: 2021/05/04
Hora : 10:40 a

Cond.Pago: CONTADO
Cliente : GALINDEZ VICKY
N.I.t. : 31,320,471-0 Tel.316[illegible]
Dir.: CL 7 29 43
EL CEDRO HOGAR

Item	Descripcion	UM	Total
20205	ACEITE ALMENDRAS TRA	UN	-25000

TOTAL $25,000

[DETALLE DE VALORES]

Vta Excluida..... 25,000 +

[INFORMACION TRIBUTARIA]

%	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
0.00	25,000.00	0.00

Efectivo $25,000

Resol. No. 18764003912832 08-SEP-2020
Factura : FP-354700 al FP-500000.

Gracias por su compra, vuelva pronto. Politica devoluciones en nuestra tienda virtual www.artemisa.co

OLIMPICA S.A.
OLIMPICA ALAMEDA II CL. 8A
NIT 890.107.487-3

GERENTE: KAREN HERNANDEZ
TELEFONOS :5556469/5556467
FECHA DE EXPEDICION: 21/06/11

Cod	Descripción	Cnt	Valor
1290340	P/HIG SCOTT CUI 1		20.400 D
	T/P:8001509003761819:1		

**SUBTOTAL/TOTAL ---> $ 20.400
Efectivo 50.000
CAMBIO 29.600

TARJETA PLATA

Total/acuml:452 Hasta ayer
Tarjeta No :8001509003761819
Nombre Cte :VICKY FERNANDA GALIDEZ

TOTAL ARTICULOS VENDIDOS = 1

** DETALLE DE LOS IMPUESTOS **

Tipo	Compra	Base/Imp.	IMP
D=19%	20.400	17.143	3.257
*SIN IVA	0		
TOTAL	20.400	17.143	3.257

REGIMEN COMUN
Lo Atendio: JOSE GIRALDO

DCTO/EQUIVALENTE:KN01-00162679
RANGO:KN0100132000-KN0199999999
-Resol.:004004179906 de Sep 14/2020-

MAULE

Mye/11/2021 11:12 0591101 0125 1230135
PROHIBIDA LA VENTA DE LICORES
A MENORES DE EDAD

EGRESOS MES DE JUNIO DE 2021

Junio del 2021

1 mensualidad Hogar Santa Ines geriatrico $3'821.199

2 Factura de venta # OLFP-370329 (Artemisa) $ 46.500
aceite de almendras

3 Recibo de caja menor pago de transporte $ 4.400
reclamo de medicamentos ida - vuelta

4 Recibo de caja menor pago de alimentacion mes $125 000
de mayo durante el paro

5 Recibo de caja menor pago de transporte de taxi $ 7.000
reclamo de pañales.

6 recibo de caja menor pago de transporte taxi 13.000
ida - regreso toma de laboratorio (calcio
automatizado)

7 Recibo de caja menor (copago de cuota $14 000
moderadora terapia fonoaudiologia
(Juliana Gomez)

8 Recibo de caja menor (copago de cuota $14.000
moderadora terapia Fisica a cristian
mejoy

9 recibo de caja menor pago de Fotocopias $12 100
recibos, ordenes medicas

10 recibo de caja menor pago de trasporte $ 9.800
ida - regreso reclamo de medicamentos

11 recibo de caja menor pago de nomina $1'138.500
del mes de junio 2021 a vicky Galindez

12 recibo de caja menor pago de prima 569 250
del mes Junio 2021 a vicky Galindez

TOTAL $ 5'774.749

Keralty
EPS SANITAS

INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 153348140

Fecha: 02/06/2021, 12:24:09

DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT: 800251440
Código: 760010904305
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 90 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3168052818 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue380@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3054708801
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa
Interconsulta a: Medicina Familiar
Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante **Prioridad:** No prioritario

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: PACIENTE DE 90 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ALZHEIMER , INCONTINENCIA URINARIA , ANEMIA LEVE , SE VENCIO ORDEN DE FISIOTERAPIA DOMICILAIRIA Y OCUPACIONAL , LLEVA 6 MESES IN NUEVA EVALUACION POR LO QUE SE COMENTA CON LA ESPECIALIDAD, Y SE CONSIDERA SER VALORADA NUEVAMENTE , POR LO QUE SE GENERA ORDEN

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dra. Juliana Velasco
Medica General
RM 76-1172

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834

- Impreso: 02/06/2021, 13:21:18 Impresión realizada por: juavelasco **Original** Página 1 de 4

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

NUMERO DE APROBACION: 153348140

CALI (SANTIAGO DE CALI)
02/06/2021, 12:24:09
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Otro, VICTORIA CUIDADORA.
Motivo de consulta: TELEMEDICINA
SEGUIMIENTO ADULTO MAYOR.
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 90 AÑOS DE EDAD, CON CITA MEDICA MEDICA NO PRESENCIAL, RESPUESTA POR MEET , EN COMPAÑIA DE SU CUDADORA DE LA CASA HOGAR , ME IDENTIFICO Y EXPLICO KOTIVO DE CONSULTA , MANIFIESTA QUE LA PACIENTE EN TERMINOS GENERALES HA ESTADO MUY BIEN DE SALUD , CONTROLADA , COME BIEN DUERME BIEN , YA HA TENIDO CONTROLES CPON PSIQUAITRIA Y NEUROLOGIA .
EL UNICO MEDICAMENTO QUE NO TIENE ES EL DE LA TIROIDES. Y NECESITA UNOS EXAMENES DE LABORATORIO -

YA COMPLETO ESQUEMA DE VACUNACION PARA COVID 19.

ANTECEDENTES

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, al cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834

Firmado Electrónicamente

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(02/06/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 90 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES YA DESCRITOS POR CUIDADORA , ESTABLE DE SALUD, VACUNACION PARA COVID 19 COMPLETA .
SE CONSIDERA:
1 REFORMULAR LEVOTIROXINA 25 MCG DIA
2 SE SOLICITA CONTROL TIROIDEO ADSEMAS DE EXAMENES COMPLEMENTARIS DE FUNCION RENAL Y CONTROL GLICEMICO POR ANTECEDENTE DE AGA , SE GESTIONA PARA TOMA DOMICILAIRIA
3 SE INTENTA RENUEVAR ORDEN DE TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL DOMICILAIRIAS, PERO REQUIEREN SER ORDENADAS POR ESPECIALISTA , SE COMENTA CON MEDICINA FAMILAIR SE CONSIDERA, DADO A TIEMPO DE ULTIMA EVALUACION, ORDEN DE CONTROL CON MEDICINA FAMILIAR, SI ES POSIBLE PRESENCIAL, SE EXPLICA A CUIDADORA
4 RECOMENDACIONES GENERALES Y SINOS DE ALARMA .

SE DEJA EN CLARO QUE, LA TELECONSULTA NUNCA VA HA REMPLAZAR UNA CONSULTA PRESENCIAL, YA QUE VA A TENER LIMITACIONES, COMO NO PODER REALIZAR UN EXAMEN FISICO, NI TOMA DE SIGNOS VITALES, SOLO SE TIENE ENCUENTA, LO QUE SE MANIFIESTA A TRAVEZ DE LLAMADA TELEFONICA O VIDEO LLAMADA.

DIAGNÓSTICO

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 153348140

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
02/06/2021, 12:24:09
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clinica: 29002307
Historia Clinica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general, No Embarazada.
Diagnóstico Asociado 1: Demencia, no especificada (F03X), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: Hipotiroidismo, no especificado (E039), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 3: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas (Z108), Impresión diagnóstica.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se formula Levotiroxina 25mcg Tab (Mk / Tecnoquimicas) Tomar (via Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 90 dia(s).

- Se ordena HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE, COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD, CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS, UROANALISIS, HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA, MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL, Trigliceridos, GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA.

- Se solicita interconsulta a Medicina Familiar.

- Se entregan recomendaciones y se explican signos de alarma.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834

- Impreso: 02/06/2021, 13:21:18

Original

Impresión realizada por: juavelasco

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
CALI (SANTIAGO DE CALI)
02/06/2021, 12:24:09
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

CABEZA INTENSO, DIFICULTAD PARA HABLAR CORRECTAMENTE, DEBEILIDAD EN ALGUN LADO DEL CUERPO
Recomendaciones alimentarias: MANTENER TRATAMIENTO FARAMCOLOGICO COMO SE LE HA INDICADO SE RECOMIENDA UNA DIETA BAJA EN SAL. DEBE DISMINUR CONSUMO DE ARROZ, HARINAS (ALIMENTOS DE PANADERIA, PASTELITOS, PAN, PANDE BONO, BUÑUELOS, ETC).DEBE CONSUMIR UNA SOLA PORCION DE HARINA POR COMIDA. EVITAR CONSUMO DE PEROS CALIENTES, HAMBURGESAS, SALCHIPAPAS, PIZZA. EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ZUCARADAS ARTIFICIANLES (COCACOLAS, PONIMALTA JUGOS HIT, ETC). PUEDE CONSIDERAR EL USO DE ENDULZANTE NATURAL COMO STEVIA, PARA ENDULZAR SUS JUGOS. AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS HASTA 3 PORCIONES POR DIA A 4 PORCIONES. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA HASTA 40 MINUTOS AL DIA, 4 VECES POR SEMANA. CONSUMIR ENTRE 1 LITRO DE AGUA AL DIA. DISMINUIR CONSUMO DE CANES ROJAS, RECUERDE EVITAR USO DE ANALGESICOS COMO NAPROXENO, DICLOFENACO, IBUPROFENO, NIMESULIDA, ADEMAS DE EVITAR ANTIGRIPALES

DATOS DEL MEDICO

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834
- Impreso: 02/06/2021, 13:21:22

Original

Impresión realizada por: juavelasco

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 90 Años

RECOMENDACIONES GENERALES
CALI (SANTIAGO DE CALI)
02/06/2021, 12:24:09
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

Recomendaciones generales: REALIZA TU SOLICITUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTO A DOMICILIO A TRAVEZ DEL SIGUIENTE LINK: http://domicilio.agendame.cruzverde.com.co/ SI REQUIERES PROGRAMACION DE CITA MÉDICA, LLAMA AL 3931048 OPCION 1, 6440911, O A TRAVES DE LA APP EPS SANITAS (DESCARGALA EN TU CELULAR Y CREA TU USUARIO, BUSCA OPCION PROGRAMACION DE CITAS, O AL NUMERO 3202550527 VIA WHAT SAPP, GUARDALO EN TUS CONTACTOS CON EL NOMBRE ANAMARIA (CHATBOT). RECUERDA QUE PUEDES REALIZAR RENOVACIÓN DE ORDENES O AUTORIZACION, PUEDES HACERLO POR CANALES VIRTUALES WWW.EPSSANITAS.COM, APP EPS SANITAS O LINEA NACIONAL 018000919100 PROTEGETE CONTRA EL COVID 19 LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON CADA 2 HORAS QUE, DURE POR LO MENOS 20 SEGUNDOS, CON LA TECNICA ADECUADA SECAR CON TOALLA DE PALPEL LAS MANOS MANTENERSE HIDRATADO SI DEBES SALIR DE CASA QUE SEA POR ALGO ESTRICTAMENTE NECESARIO Y RECUERDA SIEMPRE EL USO DE TAPABOCAS COLOCARLO DESDE CASA Y NO RETIRATELO HASTA QUE ESTES NUEVAMENTE EN CASA, HAZLO POR LOS ELASTICOS, NO LO BAJES, NO LO SUBAS, NUNCA DEJES LA NARIZ POR FUERA DEL MISMO, NO LO MANIPULES, YA QUE UN MAL USO DEL MISMO PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE INFECCION.ADEMAS TENER A MANO, ALCOHOL GLICERINADO, Y CADA HORA DESIFECTA TUS MANOS CON LA TECNICA DEL LAVADO DE MANOS. DISTANCIAMIENTO SOCIAL A 2 METROS DE CADA PERSONA Y SI DEBES HABLAR CON ALGUIEN EN LA CALLE QUE SEA MENOS DE 10 MINUTOS Y MANTENIENDO DISTANCIA. LOS ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS O CON ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE, EVITE POR COMPLETO SALIR DE CASA, Y SI LO DEBE HACER QUE SEA POR QUE NO HAY OTRA SOLUCION O MOTIVOS DE FUERZA MAYOR. Y SI LO HACE GUARDE ESTAS RECOMENDACIONES. AL LLEGAR A CASA, QUITA LOS ZAPATOS Y CAMBIALOS POR UNOS LIMPIOS, DESINFECTA TODO LO QUE ESTUVO POR FUERA CON TIGO Y LO QUE TARES NUEVO, LLAVES, CELULAR, MERCADO BOLSO ETC. IMPORTANTE: SI HAY AL MENOR UNO O VARIOS SINTOMAS GRIPALES COMO, COMO TOS, DOLOR DE GARGANTA, FIEBRE DE MAS DE 38 GRADOS, NO PERIVES EL OLOR O EL SABOR DE LAS COSAS, DOLOR EN EL CUERPO CON DEBILIDAD, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, DIARREA, DOLOR DE CABEZA, PUEDES LLAMAR A LAS LINEAS DE ATENCION PARA DOCUMENTAR TUS SINTOMAS, Y RESIVIR ASESORIA: 018000919100 OPCION 6 LUEGO 1, O AL 6440911, O AL NUMERO 3202550527 VIA WS CON EL NOMBRE ANAMARIA GUARDALO EN TUS CONTACTOS. PERO, SI ADEMAS DE ESTOS SINTOMAS, TIENES DIFICULTAD RESPIRATRORIA, FATIGA EXTREMA EN EL CUERPO , ADEMAS DE FIEBRE DE MAS DE 3 DIAS MAYOR DE 38 GRADOS ,INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, NO LO DUDE Y CONSULTE A URGENCIAS DE MANERA INMEDIATA.

Signos de Alarma: Consultar si presenta: CONSULTAR A URGENCIAS SI HAY DOLOR EN EL TORAX, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE

DATOS DEL MÉDICO

Juliana Andrea Velasco Mesa - Medicina General
CC 1118292834 - Registro médico 1118292834

Original

Impreso: 02/06/2021, 13:21:22

Impresión realizada por: juavelasco

Keraity

EPS SANITAS

Fecha: [illegible]

DATOS DEL PRESTADOR

EPS Sanitas Centro Medico Prestar del Norte - NIT. 800251440
Código: 760010604500
Dirección: Calle 38 # 3C-08 - Teléfono: 3831040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas

Código: EPS005

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 153763583

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 91 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3198052818 - 3054706801
Correo electrónico: [illegible]@gmail.com
Carné: 15-1007832-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Regimen Contributivo

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3198052818
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitente: Consulta Externa

Servicio al cual se remite el paciente: Medicina Familiar

Transporte:

Motivo referencia: Por solicitud del medico tratante

Prioridad:

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: PACIENTE DE 90 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ALZHEIMER , INCONTINENCIA URINARIA , ANEMIA LEVE , SE VENCIO ORDEN DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA Y OCUPACIONAL , LLEVA 6 MESES IN NUEVA EVALUACION POR LO QUE SE COMENTA CON LA ESPECIALIDAD, Y SE CONSIDERA SER VALORADA NUEVAMENTE , POR LO QUE SE GENERA ORDEN

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 9 A 21NORTE 102, 3889340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31

Impresión realizada por: danaguerrero

Página 1 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

CALI (SANTIAGO DE CALI)
08/06/2021, 17:46:18
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Otro, VICKY GALINDEZ,
Motivo de consulta: Solicitud de pañales
atiende Vicky Galindez cuidadora
tel 3108052618.
Enfermedad Actual: nota previa de 2020 por m familiar:

PACIENTE INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIATRICO SANTA INES. DIRECCIÓN. CALLE 7MA NÚMERO 29 - 43.
2173731588
HIJA DE LA PACIENTE, SRA AZUL CANELA: RESIDE EN ESTADOS UNIDOS. ,
Enfermedad Actual: ANOTACIÓN POR LA ESPECIALIDAD EN MAYO 2020

se hace recuento de atenciones:
28 jul 2020 m familiar: hipotensión, ortostatismo, sintomática, registros ambulatorios por enfermería promedios pas 102, pad 58, habían retirado amlodipino anteriormente y en ese momento se ordenó retiro de losartan con seguimiento de pa

ago 2020 m familiar: promedios de pa las 110, pad 70
1 2020 m familiar: aplican ec zoledrónico

3 dic 2020 nutrición: deja plan que han seguido adecuadamente
15 oct 2020 psiquiatría: ajusta tratamientos

Escitalpam tb 10 mg 1 tb vo cone l almuerzo
Escitalopram tb 20 mg, 1 tb vo con el desayuno
Clozazpina tb 25 mg, 1/2 - 1/2
Clozapina tb 100 mg, 1 tb vo en la noche.

7 oct 2020 neurología - anota estabilidad general, estimulación cognitiva anota
continuar con :
rivastigmina 27 mg
memantina 20 mg día

paraclínicos previos
28 AGO 2020. CRE 0,78. TFG 66 MLMIN. GLU 87. POTASIO 4,2. SODIO 146. HB 11,5. HTO 37. RECUENTO 4,04. CHCM 31,1. RDW 15,3. VCM 91,6. LEU 5120. VPM 13,4. PLT 174000. UROANÁLISIS NORMAL. TSH 8,26. AC FOLICO 11,3. CIANOCOBALAMINA 1182.

22 SEPT 2020. SODIO 144. FROTIS SP ERITROSCITOS, PLT, LEUCOS NORMALES. VSG 37. APENAS ACEPTABLE POR EDAD /SEXO. RETICULOCITOS 0,8%. T4L 0.68.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3888540, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31 Impresión realizada por: daneguerrero Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

Keralty

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 900251440
Dirección: Calle 36 # 3C-26 - Teléfono: 3831040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29052367 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 153763583

CALI (SANTIAGO DE CALI)
08/06/2021, 17:48:18
Canal: 10-1007832-1-1 - Historia Clínica: 29052367
Historia Clínica: 29052367
Tipo de Usuario: Contributivo

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Otro, VICKY GALINDEZ.
Motivo de consulta: Solicitud de pañales
atiende Vicky Galindez cuidadora
tel 3168052616.
Enfermedad Actual: nota previa dic 2020 por m familiar:

PACIENTE: INSTITUCIONALIZADA EN HOGAR GERIATRICO SANTA INES. DIRECCIÓN: CALLE 7MA NÚMERO 29 - 43.
2173731588
HIJA DE LA PACIENTE: SRA AZUL CANELA: RESIDE EN ESTADOS UNIDOS. ..
Enfermedad Actual: ANOTACIÓN POR LA ESPECIALIDAD EN MAYO 2020

se hace recuento de alteraciones
29 jul 2020 m familiar: hipotensión, ortostatismo, sincomálica, registros ambulatorios por enfermería promedios pas 102, pad 58, habían retirado amlodipino anteriormente y en ese momento se ordenó retiro de losartan con seguimiento de pa

ago 2020 m familiar: promedios de pa las 110, pad 70.
2020 m familiar: aplican vc coledrónico

3 dic 2020 nutrición: deja plan que han seguido adecuadamente
15 oct 2020 psiquiatría: ajusta tratamientos

Escitalpam tb 10 mg 1 tb vo cone l almuerzo
Escitalopram tb 20 mg, 1 tb vo con el desayuno
Clozazpina tb 25 mg. 1/2 - 1/2
Clozapina tb 100 mg. 1 tb vo en la ncche.

7 oct 2020 neurología – anota estabilidad general, estimulación cognitiva anota
continuar con
rivastigmina 27 mg
memantina 20 mg día

paraclínicos previos
26 AGO 2020. CRE 0,79, TFG 66 MLMIN, GLU 97, POTASIO 4,2, SODIO 146, HB 11,5, HTO 37, RECUENTO 4.04, CHCM 31,1, RDW 15,3, VCM 91,6, LEU 5120, VPM 13,4, PLT 174000, UROANÁLISIS NORMAL, TSH 8,26, AC FOLICO 11,3, CIANOCOBALAMINA 1192.

22 SEPT 2020. SODIO 144, FROTIS SP ERITROSCITOS, PLT, LEUCOS NORMALES. VSG 37, APENAS ACEPTABLE POR EDAD /SEXO. RETICULOCITOS 0,8%, T4L 0,88..

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunícarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3088340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31

Impresión realizada por: danaguarnero

Original

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

INTERCONSULTA AMBULATORIA

DATOS DEL PRESTADOR

DATOS DEL PACIENTE

DATOS DEL RESPONSABLE

DIAGNÓSTICO(S) (ATEP: Accidente de trabajo - Enfermedad profesional .AT: Accidente de tránsito)

I10X - Hipertensión esencial (primaria)	**Sospecha de ATEP:** NO	**Sospecha de AT:** NO	
E039 - Hipotiroidismo, no especificado	**Sospecha de ATEP:** NO	**Sospecha de AT:**	
Z100 - Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas	**Sospecha de ATEP:** NO	**Sospecha de AT:**	
F039 - Demencia, no especificada	**Sospecha de ATEP:** NO	**Sospecha de AT:**	

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

Impreso: 18/08/2021, 18:31:31

Vigencia de 60 días para consulta médica especializada de primera vez

Original

Impresión realizada por: daneguerrero

Formato Electrónicamente

Keraity

CONTRAREFERENCIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307

DATOS DE LA CONTRAREFERENCIA AUTOMATICA

Fecha de la Interconsulta	Médico Interconsultante	Especialidad
02/06/2021	Daniel Arturo Guerrero Muñoz	Medicina Familiar

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Resumen de la atención

Motivo de consulta: Solicitud de pañales
atiende Vicky Gallindez cuidadora
tel 3188052818 Enfermedad actual: vista previa dic 2020 por m familiar:

PACIENTE INSTITUCIONLIZADA EN HOGAR GERIATRICO SANTA INES. DIRECCIÓN: CALLE 7MA NUMERO 29 - 43.
3172701368
HIJA DE LA PACIENTE, SRA AZUL CANTILA: RESIDE EN ESTADOS UNIDOS. ..
Enfermedad Actual: ANOTACIÓN POR LA ESPECIALIDAD EN MAYO 2020

se hace resumen de atenciones
29 jul 2020 m familiar: hipertensión, ortostatismo, sintomática, registros ambulatorios por enfermería promedios pas 102, pad 58, habían retirado amlodipino anteriormente y en ese momento se ordenó retiro de losartán con seguimiento de pa

11 ago 2020 m familiar: promedios de pa tas 110, pad 70
5 oct 2020 m familiar: aplican ac zolendrónico

2 dic 2020 nutricion: deja plan que han seguido adecuadamente
15 oct 2020 psicología: ajuste tratamientos

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431
Impreso: 08/06/2021, 16:01:37

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: danaguerrem

Página 3 de 7

Firmado Electrónicamente

Keralty

DATOS DEL PACIENTE

CONTRAREFERENCIA

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años Carné: 10-1007932-1-1- Historia Clínica: 29002307

Escitalopram tb 10 mg 1 tb vo-cone l almuerzo
Escitalopram tb 20 mg, 1 tb vo con el desayuno
Clonazepine tb 25 mg, 1/2 - 1/2
Clotapina tb 100 mg, 1 tb vo en la noche.

7 oct 2020 neurologia - anote estabilidad general, estimulación cognitiva anote
continuar con
rivastigmine 27 mg
memantina 20 mg dia

paraclinicos previos
28 AGO 2020: CRE 0,79, TFG 88 ML/MIN, GLU 87, POTASIO 4,2, SODIO 148, HB 11,5, HTO 37, RECUENTO 4,04, CHCM 31,1, RDW 15,3, VCM 91,8, LEU 5120, VPM 13,4, PLT 174000, UROANÁLISIS NORMAL, TSH 8,28, AC FOLICO 11,3, CIANOCOBALAMINA 1162.

27 SEPT 2020: SODIO 144, FROTIS SP ERITROSCITOS, PLT, LEUCOS NORMALES, VSG 37, APENAS ACEPTABLE POR EDAD ISEXO, RETICULOCITOS 0,8%, TAL 0,88...

habla con cuidadora y me refiere
- requiere asistencia para permanecer activa
- ha estado tranquila, no ansiosa, con progresión en cambios motoricos, no irritable, son pocos los episodios de ansiedad.
- niega caidas
- no problemas al fragar
- apetito normal
- se levanta sola de la cama o la silla

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico: 13070431
Impreso: 06/06/2021, 18:31:31

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: daraguarnero

Página 4 de 7

Firmado Electrónicamente

Keralty

CONTRAREFERENCIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años - Carné: 10-1007832-1-1- Historia Clínica: 29002307

- camina sin ayuda pero ha perdido cantidad lenta, con ansiedad,
- requiere ayuda para hablarse y ansiedad, sus asiento para esto
- duerme bien, no consulta
- incontinente urinario y a veces fecal,
- tiene una hija y dos nietos, están fuera del país,
- ya valorada por psiquiatría, neurología

con medicamentos

1. Rivastigmina 27mg (15,5mg/24H) Sist transd: Aplicar (vía transdérmica) 1 parche cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 16/04/2021- 13/10/2021,
2. Memantina clorhidrato tab 20mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 16/04/2021- 13/10/2021,
1. Escitalopram Oxalato 20mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 120 día(s), Cantidad total: 120, Número de entregas: 4, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 21/08/2021,
2. Escitalopram Oxalato 10mg Tab: Tomar (vía Oral) 1 grageа cada 24 hora(s) por 120 día(s), Cantidad total: 120, Número de entregas: 4, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 21/08/2021,
3. Clozapina Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 22/07/2021,
4. Clozapina Tab 25mg: Tomar (vía Oral) 4 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Cantidad total: 360, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 22/07/2021, levotiroxina 25 mcg día
2. Memantina clorhidrato tab 20mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 04/12/2020- 02/06/2021, Analisis: 1- adulto mayor institucionalizada con dependencia severa previa, al parecer con mejoría en capacidad funcional según me refiere cuidadora. Además hipotiroidismo, prostata sarcopenia, manejo mentioprifinario. Estable en su parte neurocognitiva, tomo ajustes recientes por neurología y psiquiatría.
se sigue con plan
- Física - mantenimiento de movilidad
- Ocupacional - estimulación para mantenimiento cognitivo
2. rigidoxidiane controlado por ahora, se espera continuar 3v igual

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

David Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431
Impreso: 09/06/2021, 16:31:31

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: daraguerrero

Página 5 de 7

Firmado Electrónicamente

Keralty

CONTRAREFERENCIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años - Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307

3- osteoporosis : aplicado ac zoledrónico en este año, control mediados de 2021
4- anemia en? crónica? por ahora en tensión - atender con elevación previa de vitb12 con lo que se había definido unpromeso inflamatorio, sin embargo dado edad, dependencia severa no se continuará con estudios fuera de domicilio que puedan elevar el riesgo de infección por sarcoov2 y por tanto se retomará seguimiento el próximo año
5- hta por ap, regular la, sin medicamentos hace varios meses y los registros por enfermería demuestran las < 140, tad < 80, se continuará con registros por enfermería
6- tvc anemia y dolorosa en manejo por psiquiatría, ajustes recientes permiten un control adecuado de la paciente.
CONTROL
- seguimiento por nutrición, neurología, psiquiatría al día.
- requiere manejo por f fisica, ocupacional, fonoaudiología y mal general del programa (solicito por correo la visita domiciliaria)
- hipotiroidismo controlado, se deja igual, tiene medicamento
- la paciente algún son alto riesgo de fr, ya tiene manejo con ac. zoledrónico, respecto a riesgo beneficio se trata de mantener en esta paciente con movilidad la masa ósea
establecida por esta razón se da continuidad al tratamiento
- orden de seguimiento

PLAN DE MANEJO

- Diagnóstico(s): F028 - Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada , Principal, R32X - Incontinencia urinaria, no especificada, Secundario, R268 - Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas, No Aplica, Secundario, M815 - Osteoporosis idiopática, sin fractura patológica, Secundario.

- Se formula Parfal Adulto Tabs L No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s), Acido Zoledronico 5mg/100ml, Sol iny Inyectar (Vía Intravenosa) 1 vial cada 30 día(s) por 30 día(s)

- Se ordena CALCIO AUTOMATIZADO, Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA, ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA, INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD.

- Se remite a Medicina Familiar.

CONTROL

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13079431 - Registro médico: 13079431

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Impresa: 08/06/2021, 16:31:31

Original

Impresión realizada por: danaguerrero

Página 6 de 7

Firmado Electrónicamente

Keralty

INTERCONSULTA AMBULATORIA

EPS SANITAS
Fecha: 08/06/2021, 17:48:16
DATOS DEL PRESTADOR
EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT, 800251440
Código: 760010004205
Dirección: Calle 38 # 30-28 - Teléfono: 5531040
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas

Código: EPS005

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: OTILIA BALANTA - Identificación: CC 29002307
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3186052818
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 26/06/1930 - Edad: 91 Años
Dirección: Calle 7 # 29-43, Hogar Santa Ines - Teléfono(s): 3186052818 - 3054708801
Correo electrónico: butterflyblue365@gmail.com
Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Contributivo

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa

Interconsulta a: Medicina Familiar

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Justificación / Observaciones

Justificación: PACIENTE DE 90 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ALZHEIMER , INCONTINENCIA URINARIA , ANEMIA LEVE , SE VENCIO ORDEN DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA Y OCUPACIONAL , LLEVA 8 MESES IN NUEVA EVALUACION POR LO QUE SE COMENTA CON LA ESPECIALIDAD, Y SE CONSIDERA SER VALORADA NUEVAMENTE , POR LO QUE SE GENERA ORDEN

Observaciones:

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13079431 - Registro médico: 13079431

Vigencia de 60 días para consulta médica especializada de primera vez

Impresa: 08/06/2021, 16:31:31

Original

Impresión realizada por: danaguerrero

Página 1 de 7

Firmado Electrónicamente

Keralty

CONTRAREFERENCIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años Carné: 10-1007932-1-1/- Historia Clínica: 29002307

El paciente requiere nuevamente control con la especialidad en 30 días.

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431
Impreso: 09/06/2021, 18:31:31

Firma y documento de identidad del paciente
(Firme solamente por cada servicio recibido)

Original

Impresión realizada por: danaguerrero

Página 7 de 7

Firmado Electrónicamente

Keraity

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 830251440
Dirección: Calle 36 # 9C-29 - Teléfono: 3851045

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

REMISIÓN DE PACIENTES

NUMERO DE APROBACION: 153763583

CALI (SANTIAGO DE CALI)
09/06/2021, 17:49:19
Canal: 10-1007832-1-1 - Historia Clínica: 29002307
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

Habla con cuidadora y una señora
- requiere asistencia para permanecer activa
- ha estado tranquila, no ansiosa, con progresión en cambios endocrinos, no irritable, aun posee los episodios de ansiedad.
- niega caídas
- no problemas al llegar
- apetito normal
- no levanta sola de la cama o la silla
- camina sin ayuda pero ha percibido caminata lenta, con ansiedad,
- requiere ayuda para bañarse y vestirse, usa asiento para esto
- duerme bien, no insomnio
- incontinencia urinaria y a veces fecal
- tiene una hija y dos nietos, están fuera del país,
- ya valorada por psiquiatría, neurología

con medicamentos
1. Rivastigmina 27mg (13.3mg/24h) Stat transd: Aplicar (Vía transdérmica) 1 parche cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 16/04/2021- 13/10/2021,
2. Memantina clorhidrato tab 20mg: Tomar (Vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 16/04/2021- 13/10/2021,
1. Escitalopram Oxalato 20mg Tab: Tomar (Vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 120 día(s), Cantidad total: 120, Número de entregas: 4, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 21/08/2021,
2. Lorazepam Oxalato 10mg Tab: Tomar (Vía Oral) 1 gragea cada 24 hora(s) por 120 día(s), Cantidad total: 120, Número de entregas: 4, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 21/08/2021,
3. Clozapina Tab 100mg: Tomar (Vía Oral) 2 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 22/07/2021,
4. Clozapina Tab 25mg: Tomar (Vía Oral) 4 tableta cada 24 hora(s) por 90 día(s), Cantidad total: 360, Número de entregas: 3, Vigencia del tratamiento: 23/04/2021- 22/07/2021,
levotiroxina 25 mcg dia,
2. Memantina clorhidrato tab 20mg: Tomar (Vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 180 día(s), Cantidad total: 180, Número de entregas: 6, Vigencia del tratamiento: 04/12/2020- 02/06/2021,,

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

1- adulta mayor institucionalizada con dependencia severa previa, al parecer con mejoría en capacidad funcional según me refiere cuidadora. Además fragilidad, posible sarcopenia, manejo interdisciplinario. Estable en su parte neurocognitiva, tuvo ajustes recientes por neuroingle y psiquiatría.
se sigue con plan
- t física - mantenimiento de movilidad
- t ocupacional - estimulación para mantenimiento cognitivo
2- hipotiroidismo controlado por ahora, se acepta continuar Ex igual
3- osteoporosis : aplicado ac zoledrónico en este año, control mediados de 2021
4- anemia enf crónica? por ahora en remisión - además con atención previa de vita b12 con lo que se había definido un proceso inflamatorio.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

- Impreso: 09/06/2021, 18:31:31 Impresión realizada por: danaguerrero Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

REMISIÓN DE PACIENTES

EPS Sanitas Centro Medico Pradera del Norte - NIT: 800251440

Dirección: Calle 38 # 3C-26 - Teléfono: 3851048

Nombre: OTILIA BALANTA

Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

NUMERO DE APROBACION: 153763583

CALI (SANTIAGO DE CALI)

08/06/2021, 17:48:18

Carné: 10-1007932-1-1 - Historia Clínica: 29002307

Historia Clínica: 29002307

Tipo de Usuario: Contributivo

sin embargo dado edad, dependencia severa no se continuará con estudios fuera de domicilio que puedan elevar el riesgo de infección por sarscov2 y por tanto se retomará seguimiento el próximo año

5- hta por ap, regular la, sin medicamentos hace varios meses y los registros por enfermería demuestran tas < 140, tad < 80, se continuará con registros por enfermería

6- trc ensayos y deterioro en manejo por psiquiatría, ajustes recientes permiten un control adecuado de la paciente.

CONTROL

- seguimiento por nutrición, neurología, psiquiatría al día
- requiere manejo por f física, ocupacional, fonoaudiología y md general del programa (solicito por correo la visita domiciliaria)
- hipotiroidismo controlado, se deja igual, tiene medicamento
- la paciente sigue con alto riesgo de fx, ya tiene manejo con ac zoledrónico, respecto a riesgo beneficio se trata de mantener en esta paciente con movilidad la masa ósea establecida por esta razón se da continuidad al tratamiento
- orden de seguimiento

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada (F00B), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra , No Embarazada,
Diagnóstico Asociado 1: Incontinencia urinaria, no especificada (R32X), Confirmado repetido,
Diagnóstico Asociado 2: Osteoporosis idiopática, sin fractura patológica (M815), Confirmado repetido,
Diagnóstico Asociado 3: Otras anormalidades de la marcha y de la movilidad y las no especificadas (R268), No Aplica, Confirmado repetido,

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- formula Pañal Adulto Talla L No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 dia(s), Acido Zoledronico 5mg/100ml, Sol Iny Inyectar (via Intravenosa) 1 vial cada 30 dia(s) por 30 dia(s),

- Se ordena CALCIO AUTOMATIZADO, Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA, ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA, INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD,

- Se remite a Medicina Familiar.

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con EPS SANITAS CENTRO MEDICO VERSALLES
AV 5 A 21NORTE 102, 3989340, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31 Impresión realizada por: danaguerrero Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTO CON USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO (UNIRS)

1. Por la presente autorizo al Profesional **DANIEL ARTURO GUERRERO MUÑOZ** a prescribirme o al (la) paciente **OTILIA BALANTA** el siguiente medicamento como se registra a continuación:

   1 ***Acido Zoledronico 5mg/100ml. Sol Iny, Inyectar (vía Intravenosa) 1 vial cada 30 dia(s) por 30 dia(s). aplicar en no menos de 30 min vía ev.***

2. El (La) Profesional **DANIEL ARTURO GUERRERO MUÑOZ** me ha explicado la naturaleza y el propósito de la prescripción del medicamento relacionado. También me ha informado que el uso que está dando al medicamento NO se encuentra dentro de las indicaciones registradas ante la autoridad competente a nivel nacional (INVIMA) para el uso del mismo. Sin embargo se han agotado otras alternativas de tratamiento y el uso actual que pretende tiene evidencia científica debidamente avalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual ha sido incluido en la LISTA UNIRS con indicación explícita en el contexto de mi (el) diagnóstico actual.

3. Igualmente me ha informado los posibles riesgos relacionados con su administración, en particular los siguientes:

   1 ***Puede cesar: edema periférico, reducción de peso, dolor abdominal, constipación, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, artralgia, dolor de espalda, astenia, mareos, cefalea, insomnio, metrotoxicidad, fatiga, fiebre.***

4. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento existentes y de las ventajas del tratamiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.

5. Se me ha informado y entiendo que durante el tratamiento con el (los) medicamento(s) pueden presentarse situaciones previstas o imprevistas que requieran la modificación del esquema de tratamiento, incluso la suspensión del mismo y la realización de intervenciones adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estas intervenciones si el profesional tratante lo juzga conveniente, una vez se me informe sobre el propósito, beneficios y posibles riesgos de las mismas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

7. Finalmente manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al medicamento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma del paciente o persona responsable *
C.C.

* Parentesco:
(si firma una persona que no sea el paciente)

Testigo
C.C.
Dirección:
Teléfono:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del medicamento descrito(s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado. Así mismo manifiesto que conozco y he aplicado en este caso los criterios clínicos pertinentes y los contemplados en la normatividad nacional vigente para el USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO de dicho medicamento.

Firma del Profesional

C.C. / Reg. Prof:

Sede: **EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte**

Fecha: **08/06/2021**

Señor(a) Usuario(a):
Con nuestro cordial saludo, remitimos respuesta de la(s) solicitud (es) de autorización: 153763654

» INFORMACIÓN GENERAL			
» Tipo y No. identificación:	CC 29002307	» Nombre y apellido:	BALANTA ,OTILIA
» Producto:	EPS	» Plan:	10 REGIMEN CONTRIBUTIVO
» Contrato:	1007932	» Familia:	1
» Usuario:	1		1
» Fórmula Médica:	637726210	» Fecha de la Fórmula Médica:	08/06/2021

Tipo de solicitud	Respuesta de la radicación	Número de la radicación	Número de la Autorización	Estado de la Autorización	Código servicio	Descripción Servicio	Prestador	Fecha de Vigencia Hasta	Número de Entrega	Fecha Límite de Entrega	Punto de Entrega
AUTORIZACIÓN			153763654	APROBADA	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	830251440 EPS SANITAS CENTRO MÉDICO TEQUENDAMA	06/10/2021		09/10/2021	

Si requiere mayor información de su solicitud, por favor comunicarse con nosotros a través de Colsanitas en línea para Medicina Prepagada, Teléfonos en Bogotá, 4871920 opción 3 País 018000979020. Para EPS-Sanitas Teléfonos en Bogotá 3759000 opción 2 País 018000919100. Le recordamos que esta dirección de correo electrónico es utilizada solamente para envió de la información solicitada. Por favor no responda con consultas ya que estas no podrán ser atendidas por esta vía.

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

FÓRMULA MÉDICA USO AGUDO No. 0[illegible] - 37087969

CALI (SANTIAGO DE CALI)
08/06/2021, 18:19:35
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DIAGNÓSTICO(S):

(F009) ,(R32X) ,(M815) ,(R268)

ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS

CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	**Acido Zoledronico 5mg/100mL Sol Iny** Inyectar (vía Intravenosa) 1 vial cada 30 dia(s) por 30 dia(s), aplicar en no menos de 20 min vía ev	1(uno) vial

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

FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

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

MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - RM. 13070431
- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31
Firmado Electrónicamente

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

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

Entidad proveedora:

Firma del paciente

Copia Impresión realizada por: danaguerrero

Página 1 de 1

EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Calle 38 # 3C-26.Teléfono: 3931040

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307 - Sexo: Femenino - Edad: 91 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO N[illegible]18 - 37587077

CALI (SANTIAGO DE CALI)
08/06/2021, 18:19:35
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007932-1-1
Historia Clínica: 29002307
Tipo de Usuario: Contributivo

DIAGNÓSTICO(S):

(F009) ,(R32X) ,(M815) ,(R268)

ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS

CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

ESTOS MEDICAMENTOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PLAN DE SALUD

No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total
1	**Pañal Adulto Talla L** No aplica 3 Unidad cada 24 hora(s) por 90 día(s).	270 (doscientos setenta) Unidad

*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

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

MÉDICO

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - RM. 13070431

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31

Firmado Electrónicamente

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

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

Entidad proveedora:

Firma del paciente

Original Impresión realizada por: danaguerrero

Señor(a) Usuario(a):
Con nuestro cordial saludo, remitimos respuesta de la(s) solicitud (es) de autorización:

□ INFORMACIÓN GENERAL

» Tipo y No. identificación:	CC 29002307	» Nombre y apellido:	OTILIA BALANTA
» Compañía:	30	» Plan:	REGIMEN CONTRIBUTIVO
» Contrato:	1007932	» Familia:	1
» Número de usuario	1	» Número de radicación:	33293304
» Fecha de radicación:	08/06/2021 18:18		

Respuesta de la solicitud	Número de solicitud	Estado de la solicitud	Código servicio	Descripción servicio
NO REQUIERE AUTORIZACION POR PRESTADOR QUE PRACTICA Y LUGAR		NO APLICA	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA
NO REQUIERE AUTORIZACION POR PRESTADOR QUE PRACTICA Y LUGAR		NO APLICA	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA

Le recordamos que esta dirección de correo electrónico es utilizada solamente para envió de la informacion solicitada. Por favor no responda con consultas ya que estas no podrán ser atendidas por esta vía. Si requiere mayor informacion de su solicitud, por favor comunicarse con nosotros a través de Fonosanitas, para Medicina Prepagada, Teléfonos en Bogotá 4871920 País 018000979020. Para EPS-Sanitas Teléfonos en Bogotá 3759000 – País 018000919100

EPS SANITAS
Keraity

EPS Sanitas Centro Medico Prados del Norte - NIT. 800251440
Dirección: Calle 38 # 3C-26
Teléfono: 3031040

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS No. 39209724

NUMERO DE APROBACION: 153783649

CALI (SANTIAGO DE CALI) - 08/06/2021, 18:18:13

Nombre: OTILIA BALANTA
Identificación: CC 29002307
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1007832-1-1
Tipo de Usuario: Contributivo

Sexo: Femenino - Edad: 51 Años
Historia Clínica: 29002307

DIAGNOSTICO:

(F009)(R32X)(M815)(R268)

No.	PROCEDIMIENTO	Cantidad
1	992200 - INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD aplicación ac zoledrónico 5 mg ev en no menos de 20 min	1

ORDEN MÉDICA CON AUTORIZACIÓN APROBADA

Por favor comunicarse con CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR
AV 4 NTE 7N-81, Cita personal, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

ORDEN MÉDICA VÁLIDA POR 120 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS DEL MÉDICO

6 octubre

TCL
3981047

Daniel Arturo Guerrero Muñoz - Medicina Familiar
CC 13070431 - Registro médico 13070431

Original

- Impreso: 08/06/2021, 18:31:31
Firmado Electrónicamente

Impreso por: danaguerrero

Página 1 de 1

6607001
sebastián

Señor(a) Usuario(a):
Con nuestro cordial saludo, remitimos respuesta de la(s) solicitud (es) de autorización: 153763648

- INFORMACIÓN GENERAL

- Tipo y No. Identificación:	CC 39092307	- Nombre y apellido:	BALANTA ,OTILIA
- Prestador:	EPS	- Plan:	10 REGIMEN CONTRIBUTIVO
- Contrato:	1007932	- Familia:	1
- Usuario:	1		1
- Fórmula Médica:	631738210	- Fecha de la Fórmula Médica:	06/06/2021

Tipo de solicitud	Respuesta de la notificación	Número de la notificación	Número de la Autorización	Estado de la Autorización	Código servicio	Descripción Servicio	Prestador	Fecha de Vigencia Hasta	Número de Entrega	Fecha Límite de Entrega	Punto de Entrega
AUTORIZACION			153763648	APROBADA	890303	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL NOS	830114006 CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	06/10/2021		08/10/2021	

Si requiere mayor información de su solicitud, por favor comunícanse con nosotros a través de Colsanitas en línea para Medicina Prepagada, Teléfonos en Bogotá, 4871920 opción 3 País 018000979020. Para EPS-Sanitas Teléfonos en Bogotá 3759000 opción 2 País 018000919100. Le recordamos que esta dirección de correo electrónico es utilizada solamente para envió de la información solicitada. Por favor no responda con consultas ya que estas no podrán ser atendidas por esta vía.

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 23 Mes Junio Año 2021
Pagado a: Cristian mejoy	$ 14 000
Por concepto de: copago (cuota moderadora) terapia fisica	
Valor (en letras): catorce mil pesos m/cte	
Codigo:	Firma de recibido: Cristian mejoy
Aprobado:	☐c.c. ☐nit

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 30 Mes Jun Año 2021
Pagado a: Vicky Fda gaindez	$ 9800
Por concepto de: Pago de transporte ida - regreso reclamo de medicamentos	
Valor (en letras): Nueve mil ochocientos pesos m/cte	
Codigo:	Firma de recibido: Vicky Fernández
Aprobado:	☐c.c. ☐nit

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 30	Mes Jun	Año 2021.
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$1 138.500		
Por concepto de: pago de nomina del mes junio del 2021			
Valor (en letras): Un millon ciento treinta y ocho mil quinientos pesos M/CTE			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GALINDEZ		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 30	Mes Jun	Año 2021
Pagado a: Vicky Fda Galindez	$ 569 250		
Por concepto de: pago de prima del mes junio del 2021			
Valor (en letras): quinientos sesenta y nueve mil doscientos cincuenta pesos			
Código:	Firma de recibido: VICKY FDA GALINDEZ		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 03	Mes Jun	Año 2021
Pagado a: Vicky Fdo Gallindez	$ 4.400		
Por concepto de: pago de transporte colectivo ida-vuelta reclamo de medicamentos			
Valor (en letras): cuatro mil cuatrocientos pesos M/CTE			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fdo Gallindez		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT. 31370471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 23	Mes Jun	Año 2021
Pagado a: Vicky Fdo Gallindez	$ 12.100		
Por concepto de: Pago de Fotocopias recibos, ordenes medicas			
Valor (en letras): doce mil cientos pesos M/CTE			
Código:	Firma de recibido: Vicky Fdo Gallindez		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT.		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 09	Mes Junio	Año 2021
Pagado a: Vicky Galindez	$ 7000		
Por concepto de: Pago de transporte taxi – regreso al hogar (reclamo de pañales)			
Valor (en letras): Siete mil pesos / M cte			
Código:	Firma de recibido: Vicky Galindez		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT. 31-320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: Cali	Día 07	Mes Jun	Año 2021
Pagado a: Vicky Toda Galindez	$ 125 000		
Por concepto de: alimentación del mes de mayo por el paro en la ciudad			
Valor (en letras): Ciento veinticinco mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: Vicky Toda Galindez		
Aprobado:	X C.C. ☐ NIT.		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 12	Mes Junio	Año 2021
Pagado a: Vicky Tda gallinde3	$ 13.000		
Por concepto de: pago de transporte taxi ida-regreso toma laboratorio calcio automatizado			
Valor (en letras): trece mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: VICKY TDA GANDEZ		
Aprobado:	☒ C.C. ☐ NIT. 31320471		

RECIBO DE CAJA MENOR

Ciudad: cali	Día 23	Mes Junio	Año 2021
Pagado a: Juliana Gome3	$ 14000		
Por concepto de: copago (cuota moderadora) terapia fonoaudiologia			
Valor (en letras): catorce mil pesos M/cte			
Código:	Firma de recibido: Juliana Gome3		
Aprobado:	☐ C.C. ☐ NIT.		

DOCUMENTO EQUIVALENTE SISTEMA P.O.S.
No. A154 366761

EPS SANITAS S.A.S. 366763
NIT: 800251440
T367428

Canal: 154 - CAJA VIRTUAL EPS SANITAS
FECHA: 06/08/2021 12:42:48 PM
CONTRATO No. 30 - 10 - 1007932 - 1

==========
Somos Grandes Contribuyentes según Resol
ución DIAN No. 9061 De 10-12-2020

Resolucion DIAN No. 18763005460300 de 15
/04/2020

Autoriza Documento POS del No. A154_1 al
A154_391928

Vigencia de la resolucion (No de meses 18)
==========

CONCEPTO	VALOR
CUOTA MODERADORA CODIGO BARRAS	14.000
IVA 0%	0

==========
TOTAL IVA: 0
TOTAL: $ 14.000

==========
EPS SANITAS S.A.S.
NIT: 800251440
SOFTWARE CAJAS OSI

ARTEMISA SAS NIT 900069447-1
AV ROOSEVELT # 25-32
TEL 318-2124299

FACTURA DE VENTA 01FP-370327

Caja : 001-01 Turno: 1 ARTEMISA
Consec. #: 249244 Fecha: [illegible]
Hora : 1:53 p
Cond.Pago: CONTADO
Cliente : GALEANEZ VICKY
N.i.t. : 31,320,471-0 Tel.3168052818
Dir.: CL 7 29 43
EL CEBRO HOGAR

Item	Descripcion	UM	Total
25082	ACEITE DE ALMENDRAS	UN	46500 #

T O T A L $46,500

[DETALLE DE VALORES]

Vta Gravada (#)..... 39,076 +
I V A..... 7,424 +

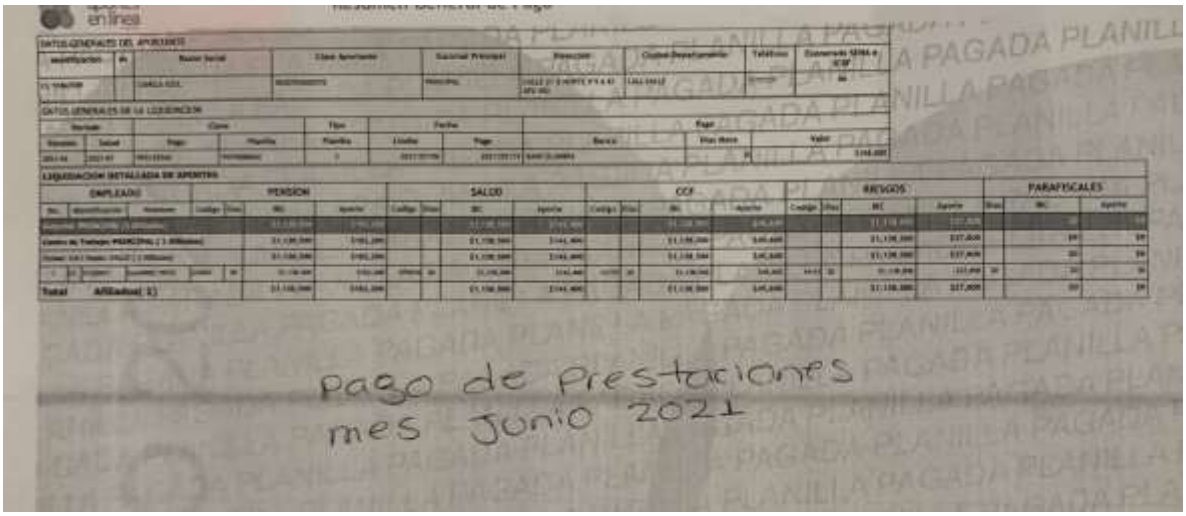
[INFORMACION TRIBUTARIA]

I	VLR_BASE	VLR_IMPUESTO
19.00	39,076.00	7,424.00

Consig: 504 -135214 MASTER # $46,500

Resol. No. 18764003912832 08-SEP-2020
Factura : FP-354700 al FP-500000.

Gracias por su compra, vuelva
pronto. Politica devoluciones
en nuestra tienda virtual
www.artemisa.co



pago de prestaciones
mes junio 2021