



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social

Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT01

HOJA 1 DE 1

I. Datos del Receptor

No. Consecutivo para radicaciones de entidad reclamante:	121060325
No. Consecutivo recibo:	121061601067
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

II. Datos de la entidad

Código SNS: EPS005
Razón social: EPS SANITAS SA



III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC Numero de documento de identidad: 41381647
 Primer apellido RUBIO Segundo apellido DE RESTRE Primer Nombre LUZ Segundo Nombre STELLA
 Tipo de afiliación: C Nivel de cuota moderadora/copago: E

V. Deutscherische In- und Aus-

DOCUMENTOS		Nro Doc.	Nro Folio
Copia(s) de la(s) del CTE	1	1	
Facturas de los Proveedores (s) Consultado(s)	1	1	
Orden(es) de Compra(s) Emitido(s)	1	1	
Inventos Integrales de Bienes	1	1	
TOTAL	4	4	

Elaboré de los recibidos en la que se anexó la copias del Acta(s) del PROYECTO

Atestado

Nro. Planchado anexo(s) como Acta(s) TOP-terreno 147/2011

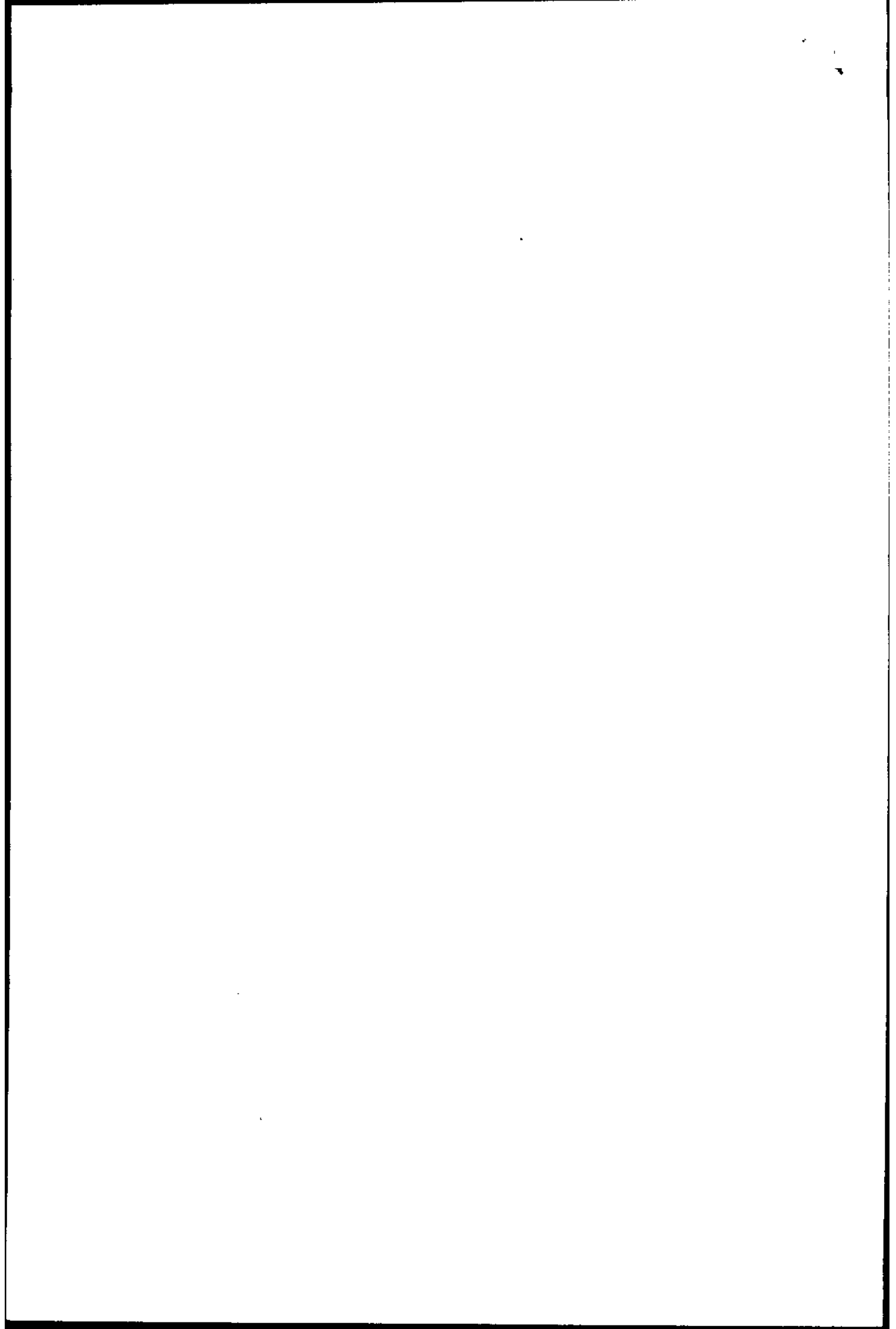
IV. Detalle del trabajo

[illegible]

TOTAL RECORDED:	60,840.00
-----------------	-----------

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS

[illegible]





1. N° Acta::

501-20111257

CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA ACTA: 19 / 12 / 2011

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
ANGELICA SUAREZ CC 58087885	LIGIA MOLINA CC 83340441	EULALIA VECINO CC 24243054

2. Resumen de la Solicitud Efectuada por el Medico Tratante:

Nombre y Apellido del Medico Tratante	Documento de Identificación	Registro Medico
LUIS FERNANDO LEAL	79407821	504892
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
15 / 12 / 2011	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica

PACIENTE DE 66 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA CON CAUDRO CLINICO DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO DE DA CON CRUM HACE TRES AÑOS.

Identificación del Medicamento solicitado no incluido en el Pos:

Principio Activo	Grupo Terapeutico	Concentración	Forma Farmaceutica	Dosis/Día	Cantidad	Tiempo
FENOFIBRATO	AGENTES MODIFICADORES DE LIPID	200 MG	TABLETAS	1.00	180	180

CUMS, CUPS: 19961089-01-0C10AB05

Justificación Medicamento No POS:

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA CON CAUDRO CLINICO DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO DE DA CON CRUM HACE TRES AÑOS SE SOLICITA EL MEDICAMENTO NORMOLIP POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
LUZ STELLA RUBIO DE RESTREPO	41331547	30-10-183276-1-0

4. Diagnóstico:

Descripción:	Código
HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	E785

Análisis del Caso:

EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA CON CAUDRO CLINICO DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA DE UN VASO DE DA CON CRUM HACE TRES AÑOS SE SOLICITA EL MEDICAMENTO NORMOLIP POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Medicamento:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa

DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA A

7. Equivalente Terapéutico:

Principio Activo	Grupo Terapeutico	Concentración	Forma Farmaceutica	Dosis/Día	Cantidad	Tiempo
GEMFIBROZIL	AGENTES MODIFICADORES DE LIPIDO	600 MG	TABLETA	1.50	270	180

Dra. Angelica Suarez
Representante EPS Sanitas

Dra. Ligia Molina
Representante IPS

Sra. Eulalia Vecino Plata
Representante de Usuarios

FACTURA DE VENTA

SSF00000000139925

FECHA DE EXPEDICION
DD MM AAAA
26 04 2012

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.

SUMINISTROS Y SERVICIOS FARMACEUTICOS SAS

NIT. 900.489.830-0
AV 82 10 62 P 5 Bogota, Colombia PBX.6341500 Fax.

Res. DIAN No.310000056780 del 2012/01/18 Autoriza Fac por Comp del SSF-1 al SSF-700.000
IVA REGIMEN COMUN

Referencia1: 181235-26042012-28

COPIA

Referencia2: 553851-100640542-134

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO
Crédito Contado
X

FECHA DE VENCIMIENTO
DD MM AAAA
25 07 2012

Documento de Identificación

Tipo Nit. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL
DD MM AAAA
25 07 2012

DIRECCION / SUCURSAL
CL 100 11B 67 ,

CIUDAD
Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO
57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
59612	NORMOLIPPA:FENOFIBRATO CUM/10961089-01-0C10AB05	CAP	30	\$2,106.00	\$0.00	0	\$0.00	\$63,180.00

CANCELADO

E.P.S. SANITAS S.A.
GRABADO EN CUENTAS MEDICAS
07 MAY 2012
RECOBROS

Contrato : 0300100000183276000100
Usuario : 41331547-LUZ STELLA RUBIO MEDINA
Id.Medico : 892000401-INVERSIONES CLINICA DEL META
Tipo Aut. : MEDICAMENTOS COMITÉ
Fecha Entrega: 23-ABR-12
Autorizacion : 44712994

TOTAL BRUTO	\$63,180.00
DESCUENTOS	\$0.00
SUBTOTAL	\$63,180.00
IVA TOTAL	\$0.00
TOTAL A PAGAR	\$63,180.00

SON: SESENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA PESOS CON 00/100
MONEDA CORRIENTE*****

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado, causará intereses de mora a la tasa máxima legal vigente permitida.
Factura por Computador.

Emisor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Elaborado por: Jairo Ordonez Rodas

Firma:

Nombre:

No. documento de Identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Firma:

Nombre:



CLÍNICA META

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
Calle 33 No. 36-60 B. Barzal - Villavicencio Tel 6830064/65156 Fax: 671 18 30

CODIGO: HC
FR: 36
FECHA: 28/05/09

Fecha: 28 NOVIEMBRE 2011 Hora: _____
Nombre: LUZ STELLA RUBIO
Historia Clínica: 41.331.547 Cama: _____
Empresa: SANITAS

Cant	Nombre genérico - Concentración - Dosis - Vía de administración	Valor
<u>180</u>	<u>NORMOLIP (FENOFIBRATO) X 200mg</u> <u>TAB, TOMAR 1 CADA NOCHE.</u>	
	<i>[Signature]</i> <u>41.331.547</u> <u>TTO PARA 6 MESES</u> <u>NO SUSPENDER.</u>	

[Signature]
Dr. Luis Fernando Loza
Min. Salud Rep. Argentina
Médico Cardiólogo
Reg. N. 50.4892

Firma del Médico

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

Firma del Paciente

[Faint text]

Solicitud: 44712994
Depende:

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Formula medi0000014144003

Pag No:1 /1

Fecha:23/04/2012:08:19

Compania:EPS SANITAS
Plan:(10) INTEGRAL

Nit:8002514406 Telefono:018000919100
Codigo:EPS005 Num_Vol: 460463

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
RUBIO_MEDINA,LUZ_STELLA	C 41331547	03/08/1945	6678665
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CALLE 5 D # 37 - 58 VILLA BOL	30-10-183276-1-0	663-SC	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(50001)VILLAVICENCIO		A	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
INVERSIONES CLINICA DEL META_	N 892000401		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
SUMINISTROS Y SERVICIOS FARMA	N 900489830		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	P		

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
696101674	MEDICAMENTO NO POS- OTRAS ENTREGAS- SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	1	

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTC RECOBRABLE ACTA NO. VILLAVICENCIO-501-20111257 DEL 19/12/2011#
NORMOLIP(FENOFIBRATO) * 200 MG # 30 DX DISLIPIDEMIA , ENFERMEDAD
CORONARIA , DIABETES, ORDENA DR FERNANDO LEAL CARDIOLOGO, RM 504892
QUINTA ENTREGA



FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba
MUNOZ_CASAGUA, ANGELICA
Cargo
ASESOR INTEG - APM EXP VU

Oficina
VILLAVICENCIO

Ciudad
VILLAVICENCIO

Fecha Impresion
23/04/2012:08:20

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 23-MAY-12

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

