



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYAN
Carrera 4 No. 2-18

Popayán, 9 de diciembre 2016.

Oficio N° 2752

Señor:
WILLIAM ALEXANDER SILVA HOYOS
Calle 12 N 30ª - 15
Popayán

EXPEDIENTE:	19- 001- 33- 33- 003- 2013- 00341-00
ACTOR:	William Alexander Silva Hoyos
DEMANDADO:	Asmet Salud EPS
ACCIÓN:	Tutela

(Al contestar, cite esta referencia)

Por medio del presente, me permito NOTIFICARLE que mediante auto interlocutorio No. 1974 del 9 de diciembre de 2016 se dispuso:

"PRIMERO.- ABRIR incidente de desacato en contra del Director de ASMET SALUD EPS, el doctor RICARDO ALONSO CHARÁ LÓPEZ o a quien haga sus veces, por el presunto incumplimiento a la Sentencia No. 119 del 30 de septiembre de 2016.

SEGUNDO.- NOTIFÍQUESE este auto al Director de ASMET SALUD EPS, doctor RICARDO ALONSO CHARÁ LÓPEZ o a quien haga sus veces, para que en el término de tres (3) días ejerza su derecho de defensa.

TERCERO.- ADVERTIR que en caso de no cumplir con lo ordenado en sede de tutela, habrá lugar a imponer las sanciones previstas en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, consistentes en arresto de hasta seis meses y multa de hasta veinte (20) S.M.L.M.V., sin perjuicio de la demostración del cumplimiento.

Atentamente,

Deicy Alexandra Zarama R.
DEICY ALEXANDRA ZARAMA RODRÍGUEZ
Citadora

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006346

Fecha: 2017-MAY-02
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
BOYATON

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-02

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

Letras: OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTB.

Paciente: VALDES VIVAS ANA MARIA ID: 25105676


Nit: 805.028.138-7

De vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
Union para facturacion No. 50000407697 (Firma y Sello)

Popo3-154

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 8468654 **Fecha de entrega:** 17/02/2017 10:12:47 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ASMET SALUD EPS-002 **CODIGO:** E55067

INFORMACION DEL PRESTADOR:
 VITAL MEDICA S.A.S.
 CRA 6A # 10AN - 59
 CAUCA
 8374635

PRE: 80026126
CODIGO MUNICIPAL: 80026126119
 POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VALES	VNKS	AAA	MAIA
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	Nº CARNE
34 A	25403767	01/04/1923	1321619745
SUBSIDIADO	SEXO	NIVEL SISEN	NIVEL 1
MONTERREDONDO	FEMENINO	TELEFONO	EL TAMBO
CAUCA		MUNICIPIO	

SERVICIOS AUTORIZADOS

NOTA AUTORIZACION	CODIGO	DESCRIPCION	SERVICIO
COMITE TECNICO CIENTIFICO	2723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO	AMBULATORIA
ETC: 371785			

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CAMA	CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD	10/02/2017 07:26:12	NO APLICA	

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Valor acordado por EPS: \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS: \$ 384700

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO: (2) 8312000

CARGO: PROFESIONAL NO POS OPTAL

Esta orden es Valida e Intransferible. Solo Valida en los EPS Autorizados. Valida 90 dias
 Autorización sujeta a verificación cobro de EPS
 AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SOLUCION
 Sistema ASMET SALUD EPS-S

3122220971
 3217613902



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

Centro de Atención Especializada de la Universidad del Valle

NIT: 891580002

Carrera 8 No. 10N-142 Tel. 8234608
farmacia@hospitalsanJose.gov.co

Fecha Actual: martes, 07 febrero 2017

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
07/02/2017 09:06:32 p.m.	179	867070
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
ANA MARIA VALDES VIVAS		94 Años 1 Meses 16 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25405767	URGCONA119	URGENCIAS ADULTOS CONSULTORIO AMARILLO
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION		
COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO# 1 UNO		

Total ítems: 6

FRANCISCO GONGORA FRANCISCO
FERNANDO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

Firma Digitalizada

Página 3/6

Reporte : HCRPReporteDBase

EMITIDO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

ACTA DE ENTREGA

Código: MEGACOL-AT-03
Fecha: 17 - Enero - 2017
V. 03 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad POPAYAN

FECHA ABRIL 07 DEL 2017

CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Megatecnología y Rehabilitación Colombiana S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
COLCHON ANTIESCARAS	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO ANA MARIA VALDES VIVAS

Tipo de identificación CC ☒ TI ☐ RC ☐ No. 25405787

DIRECCION CARRERA 28 # 3-34 B/ JUNIN CIUDAD POPAYAN

TELÉFONO 312220971 ENTIDAD DE SALUD ASMET SALUD

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso MEGATECNOLOGIA Y REHABILITACIÓN COLOMBIANA S.A.S., NO se hace responsable por la garantía cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del usuario.

Nota: El insumo medico quirurgico entregadas por Megatecnología y Rehabilitación Colombiana SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles

Número documento de identidad

Fecha y Hora de recibido

Teléfono fijo / Celular

Parentesco con el Paciente

Fabiola Bengito

25.281.149 Pop.

06-04-17 H: 2:15.

312-2220971

Sobrina



FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles

Número documento de identidad

Fecha y Hora de recibido

Teléfono fijo / Celular

Entidad

Laura Villanueva

34.565.39

0378438

Uitalmedica



FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006347

Fecha : 2017-MAY-02
Paginas: 01 de 01

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-02

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 1 ESQ
BOYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion

COLCHON ANTIESCARAS GB

Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Paciente: MUNOZ FERNANDEZ MERCEDES ID: 25354384

Jef.
VITAL MEDICA SAS
C.R. 805 028 138-1

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorizacion

9067598

Fecha de entrega: 06/04/2017 01:47:02 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESE-092

CODIGO: E35062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S.
DIRECCION: CRA 6A # 13AN - 58
DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONO: 8374435

NIT: 902028138
CODIGO: 902028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MUNOZ	FERNANDEZ	MERCEDES	

TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	25354384	FECHA NACIMIENTO	06/07/1927
EDAD	89 A	SEXO	FEMENINO	No CARNE	2205201012
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO			NIVEL SISBEN	NIVEL 1
DIRECCION	VI PANAMERICANA			TELEFONO	
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	CALDONO
CORREO ELECTRONICO					

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION: COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 389632 SERVICIO: AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
V.T.2512104	1	SOLCHON ANTIESCARAS OB

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 6318099

CONSULTA EXTERNA

CAMA: NO APLICA

FECHA SOLICITUD: 27/03/2017 14:18:09

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS

COPAGO: \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 350.500

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ

TELEFONO: (2) 3312000

CARGO: PROFESIONAL NO PGS OPTAL

Hoyos

Fr-6349



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

SERVICIO DE SALUD PARA LA COMUNIDAD

CON SUPERVISIÓN Y REGISTRO DE INGRESOS EN EL SERVICIO

NIT: 891580002

Carrera 5 No. 10N-142 Tel. 3234508

farmacia@hospitalsanjose.gov.co

Fecha Actual: viernes, 22 marzo 2017

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
23/03/2017 07:35:28 a.m.	82	978598
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
MERCEDES MUÑOZ FERNANDEZ		88 Años 1 Meses 13 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25354384	4208	7320-10 - ESTANCIA MEDICO QUIRURGICA (NUEVA EPS)

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

Indicación: COLCHONETA ANTIESCARAS EN PANAL DE HUEVO PARA CAMA ADULTO + 1 LNO

Total Items: 4

BOHORQUEZ GONGORA FRANCISCO
FERNANDO

1533987

FIRMA PERSONAL DE SALUD

Firma Digitalizada

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Reporte repviva, HCFR ReportaDBase

Página 4/6

19451213

LOCUCIONADO AL: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN NIT 891580002-5



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

COPIA CONTROLADA

CIUDAD Palmira FECHA Abri 03-2017 CONSECUTIVO No. 9067 598

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	GARANTÍA EN MESES
<u>Colchon Antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Marcedes Muñoz
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 25384394
DIRECCIÓN Calles CIUDAD Palmira
TELÉFONO 312769 0105 ENTIDAD DE SALUD Asesor Salud

La garantía, el uso y la forma de uso están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., es responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica S.A.S., han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico así referido

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

Francisca Elena Muñoz
62954447
Abri. 3 - de 2017 5:20pm
3203341315
Nieto.



FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Lucia
3456539
8320035
V. Halmesca



FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006348
 Fecha: 2017-MAY-02
 Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 891580016-8 Codigo: 891580016
 CR 7 ESQ
 ROYALTA

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento
 2017-JUN-02
 Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS
 OC.Nro
 OV.Nro
 Dcto.Alt
 Moneda
 PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

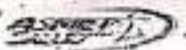
Subtotal : 887,142.1
 Iva : 0.1
 Rte Pte 2.50% : 22,179.1
 Rte Pte 0.00% : 0.
 Rte Iva : 0.
 Rte Ica : 0.
 Regalias : 0
 Total : 864,963

Valores : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

PACIENTE: CHAVEZ MUNOZ ROYLL ARLEY ID: 1061694057

[Firma]
VITAL MEDICA SAS
 Nit: 805.028.138-7

Si no se vincula esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



Asmet Salud EPS S.A.S. (Entidad sin fines de lucro)
Calle 4 No. 100-38 Sector La Estrella
P.O. Box 100-38 Sector La Estrella
Autorización de servicios No 8991826

TRANSACCION 00000000

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización: 8991826 Fecha de entrega: 30/03/2017 05:15:45 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD EPS-052	CODIGO: ESR002
INFORMACION DEL PRESTADOR		(Autorizado)	802028138
NOMBRE:	VITAL MEXICA S.A.S	NIT	902028138119
DIRECCION:	CRA 6A # 18AN - 50	CODIGO	POPAYAN
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYAN
TELEFONO:	874435		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CHAVEZ	MUNOZ	ROYLL	ARLEY
TIPO DOCUMENTO	CC	FECHA NACIMIENTO	19/04/1974
EDAD	42 A	No CARNE	8204570181
TIPO USUARIO	SUBSEGURO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
DIRECCION	SANTA CATALINA	TELEFONO	
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	POPAYAN
CORREO ELECTRONICO			

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION: COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 385395 SERVICIO: AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
V.T.2012161	1	ECUCHON ANTIESCARAS DB -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: NO APLICA CANA: NO APLICA
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 8294834 FECHA SOLICITUD: 23/03/2017 09:49:32

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor restituido por EPS:

COPAGO: \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 348.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ TELEFONO: (2) 8012000
CARGO: PROFESIONAL NO POS OPTAL

Esta acción es única e irrevocable. Solo Valida en las EPS Autorizadas. Validez 90 días.

Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR DE CONSULTAS



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
SERVICIO CLÍNICO DE INTERNAS
CALLE 100 N. 142

NIT: 891580002

Carrera 5 No. 10N-142 Tel. 3234506
farmacia@hospital-sanjose.gov.co

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
14/03/2017 06:53:17 p.m.	326	872834
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
ROYLL ARLEY CHAVEZ MUÑOZ		42 Años 11 Meses 13 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA	SERVICIO
1061694057	UCIINT18	7322 - UNIDAD CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACIÓN

Indicación: COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO 4 1 UNO

Total Items: 6

BCHORDUEZ GONGORA FRANCISCO
FERNANDO

1335087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

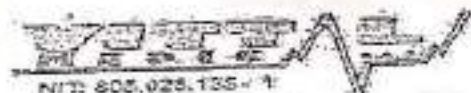
Firma Digitalizada

Nombre reporte: HCFReporteDense

Página 4/6

13451212

LICENCIADO A: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN NIT 891580002-5



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Edición: 04/07/2011
Página: 16 - Última: 2010
V. 1.0 1. Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayán Fecha 03-31-2017 Consecutivo No. 9991826

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9991826

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	GARANTÍA EN MESES
<u>Colchon Antiescaras</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO REVYLL Arlay Chavez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 1061694052
DIRECCIÓN Santa Ines CIUDAD Popayán
TELÉFONO 3113443704 ENTIDAD DE SALUD Asociación Salud

La garantía, el uso y la forma de uso están determinadas por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S. se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1316 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

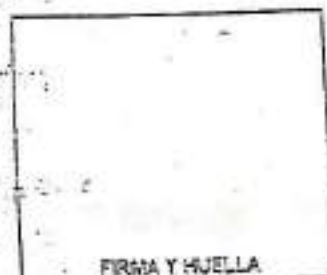
David Hinojosa
76334030
3-31-017 - 3 PM
313 720 4153
Hermano



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Yolanda Villalobos
34525539
3-31-2017
9374435
Vital Médica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006407

Fecha : 2017-MAY-08
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-08

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Doc.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	3.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

PACIENTE: HERNANDEZ RIASCOS JOSE ELOINDO ID: 10405076

Después de vencida esta factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
para facturación No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

Nº Historia Clínica: 10405076

Servicio: UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

Folio Nro. 508

Fecha: 12/01/2017 01:46:34 p.m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSE ELOINDO HERNANDEZ RIASCOS

Fecha Nacimiento: 11/marzo/1963

Dirección: ALFONSO LOPEZ (GUAPI)

Procedencia: LOPEZ (MICAY)

Edad: 53 Años 10 Meses 13 Días

Cama: UCINT02

Género: Masculino

Estado Civil: Union Libre

Teléfono: 3103036280

Ocupación: OBREROS DE CONSTRUCCION (ALBAÑIL, INSTALADOR DE PISOS, TECHADOR, CARPINTERO, MAMPOSTERO, AISLADOR, C

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASMET SALUD

Plan Beneficios: ASMET SALUD - SUBSIDIADO

Régimen: Regimen_Simplificado

Nivel - Estrato: NIVEL 1 - RANGO 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: MIRIAN CAICEDOS

Ingreso: 852007

Fecha: 06/12/2016 12:04:45 p.m.

MOTIVO INTERCONSULTA

Teléfono Resp: 3103036280

PACIENTE MASCULINO, DE 53 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS DE: 1. CRISIS HIPERTENSIVA TIPO EMERGENCIA RESUELTA ORGANO BLANCO CEREBRO, 2. ECV ISQUEMICO GANGLIO BASAL DERECHO, 3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E3 EN MANEJO MEDICO, 4. TRASTORNO ELECTROLITICO DADO POR HIPERNATREMIA, HIPERCLOREMIA LEVES, CORREGIDO 5. INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA CON AISLAMIENTO DE E. COLI COMPLETO MANEJO ANTIBIOTICO CON ERTAPENEM// PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE REQUIERE VALORACION POR FISIATRIA PARA PLNA DE TERAPIA DE REHABILITACION INTRAHOSPITALARIO Y DOMICILIARIA GRACIAS

Observación: PRIORITARIA

RESPUESTA A INTERCONSULTA:

ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Análisis Subjetivo: PACIENTE MASCULINO, 53 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LOPEZ DE MICAY, PREVIAMENTE AGRICULTOR Y OBRERO CON DX: 1. CRISIS HIPERTENSIVA TIPO EMERGENCIA RESUELTA ORGANO BLANCO CEREBRO, 2. ECV ISQUEMICO GANGLIO BASAL DERECHO, 3. HEMATOMA PARENQUIMATOSO GANGLIO BASAL DERECHO, 4. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3 EN MANEJO MEDICO, 5. INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA TRATADA. PACIENTE CONOCIDO EL 12 DE DICIEMBRE POR REHABILITACION, PRESENTABA INICIALMENTE DEBILIDAD DEL HEMICUERPO IZQUIERDO, SIN EMBARGO PRESENTO COMPLICACIONES HEMORRAGICAS DE SU ECV, ENFERMEDAD RENAL, SEPSIS, ESTADO PROLONGADO DE COMA, AHORA CON HEMIPLEJIA SEVERA, TIENE TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, ANTECEDENTE DE HERIDA EN PIERNA DERECHA QUE ESTA EN CURACIONES POR COMITE, PRESENTA ADEMAS COMPROMISO SEVERO DEL LENGUAJE, TOLERA ALIMENTACION ENTERAL

Análisis Objetivo: PACIENTE ADULTO MAYOR, REGULAR ESTADO GENERAL, ALERTA, COMPRENDE ORDENES SENCILLAS Y COLABORA, SIN INTENTOS DE EXPRESION VERBAL DEL LENGUAJE, TENDENCIA A AISLARSE CERRANDO LOS OJOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, TRAQUEOSTOMIA CON OXIGENO POR MASCARA, GASTROSTOMIA, ACTIVIDAD MOTORA DE HEMICUERPO DERECHO CONSERVADA, HERIDA EN PIERNA DERECHA CUBIERTA CON APOSITO, HEMIPLEJIA IZQUIERDA SEVERA, ARREFLEXICA, HIPOTROFIA MUSCULAR GENERALIZADA.

DETALLE RESPUESTA:

PACIENTE CON SECUELAS DE ECV HEMORRAGICO, CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA, AFASIA MOTORA, CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, SEVERO DESACONDICIONAMIENTO FISICO, REQUIERE PARA SU REHABILITACION: 1. SILLA DE RUEDAS, 2. CAMINADOR METALICO, 3. FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA (DICE SU FAMILIAR QUE TIENE FAMILIA EN BUENAVENTURA), 4. PAÑALES DESECHABLES, 5. VISITA POR MEDICO DOMICILIARIO.

TRATAMIENTO:

1 SILLA DE RUEDAS, 2. CAMINADOR METALICO, 3. FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA (BUENAVENTURA), 4. AÑALES DESECHABLES, 5. VISITA POR MEDICO DOMICILIARIO.

Diagnóstico: I679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR- NO ESPECIFICADA

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

20

20

1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 8226058 Fecha de entrega: 19/01/2017 04:22:03 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-082		CODIGO ESS082	
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)					
NOMBRE:		VITAL MEDICA S.A.S		802028138	
DIRECCION:		CRA 6A # 18AN - 59		NIT	
DEPARTAMENTO:		CAUCA		CODIGO	
TELÉFONO:		8374435		MUNICIPIO:	
				802028138/119	
				POPAYAN	

DATOS DEL PACIENTE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
HERNANDEZ	ROASCOS	JOSE	ELOINDO		
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	10405076	FECHA NACIMIENTO	11/03/1963
ESPOSO	53 A	SEXO	MASCULINO	No CARNÉ	8205318901
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO			NIVEL SISBEN	NIVEL 1
DIRECCION	SIN			TELÉFONO	
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	LOPEZ
CORREO ELECTRONICO					

SERVICIOS AUTORIZADOS			
MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 363593	SERVICIO
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION	AMBULATORIA
PRINCIPAL	1579	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
V. TC-2:80	1	SILLA DL R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV.	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CONSULTA EXTERNA	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	5817863	CAMA	NO APLICA
		FECHA SOLICITUD	13/01/2017 09:58:45

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Verificado por EPS

CORAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 380.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA	VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ	TELÉFONO	(2) 8312000
CARGO	PROFESIONAL NO POS DPTAL		

EA-4912

Ref: 08-809-46

FV-6407

MA-198

HISTORIA CLÍNICA

RESPUESTA A INTERCONSULTA

Historia Clínica: 10405076

Folio Nro. 508

Fecha: 12/01/2017 01:46:34 p.m.

UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

Cama: UCIINT02

DATOS PERSONALES

Paciente: JOSE ELOINDO HERNANDEZ RIASCOS
 Fecha de Nacimiento: 11/marzo/1963 Edad: 53 Años 10 Meses 13 Días
 Lugar de Nacimiento: ALFONSO LOPEZ (GUAPI)
 Domicilio: LOPEZ (MICAY)

Género: Masculino
 Estado Civil: Union Libre
 Teléfono: 3103036280
 Ocupación: OBREROS DE CONSTRUCCION (ALBAÑIL, INSTALADOR DE PISOS, TECHADOR, CARPINTERO, MAMPOSTERO, AISLADOR, C)

DATOS DE AFILIACIÓN

Asesor: ASMET SALUD
 Beneficiario: ASMET SALUD - SUBSIDIADO

Régimen: Regimen Simplificado

Nivel - Estrato: NIVEL 1 - RANGO 1

Ingreso: 852007

Fecha: 06/12/2016 12:04:45 p.m.

DATOS DEL INGRESO

Responsable: MIRIAN CAICEDOS

Teléfono Resp: 3103036280

INTERCONSULTA

PACIENTE MASCULINO, DE 53 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNOSTICOS DE: 1. CRISIS HIPERTENSIVA TIPO EMERGENCIA RESUELTA ORGANO BLANCO CEREBRO, 2. ECV ISQUEMICO GANGLIO BASAL DERECHO, 3. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E3 EN MANEJO MEDICO, 4. Desequilibrio ELECTROLITICO DADO POR HIPERNATREMIA, HIPERCLOREMIA LEVES, CORREGIDO 5. INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA CON AISLAMIENTO DE E. COLI COMPLETO MANEJO ANTIBIOTICO CON ERTAPENEM// PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE REQUIERE VALORACION POR FISIATRIA PARA PLANA DE TERAPIA DE REHABILITACION INTRAHOSPITALARIO Y FAMILIARIA GRACIAS

Observación: PRIORITARIA

ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA:

Objetivo: PACIENTE MASCULINO, 53 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LOPEZ DE MICAY, PREVIAMENTE AGRICULTOR Y OBRERO CON DX: 1. CRISIS HIPERTENSIVA TIPO EMERGENCIA RESUELTA ORGANO BLANCO CEREBRO, 2. ECV ISQUEMICO GANGLIO BASAL DERECHO, 3. HEMATOMA PARENQUIMATOSO GANGLIOBASAL DERECHO, 4. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3 EN MANEJO MEDICO, 5. INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA TRATADA. PACIENTE CONOCIDO EL 12 DE DICIEMBRE POR REHABILITACION, PRESENTABA INICIALMENTE DEBILIDAD DEL HEMICUERPO IZQUIERDO, SIN EMBARGO PRESENTO COMPLICACIONES HEMORRAGICAS DE SU ECV, ENFERMEDAD RENAL, SEPSIS, ESTADO PROLONGADO DE COMA, AHORA CON HEMIPLEJIA SEVERA, TIENE TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, ANTECEDENTE DE HERIDA EN PIERNA DERECHA QUE ESTA EN CURACIONES POR COMITE. PRESENTA ADEMAS COMPROMISO SEVERO DEL LENGUAJE, TOLERA ALIMENTACION ENTERAL

Objetivo: PACIENTE ADULTO MAYOR, REGULAR ESTADO GENERAL, ALERTA, COMPRENDE ORDENES SENCILLAS Y COLABORA, SIN INTENTOS DE EXPRESION VERBAL DEL LENGUAJE, TENDENCIA A AISLARSE CERRANDO LOS OJOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, TRAQUEOSTOMIA CON OXIGENO POR MASCARA, GASTROSTOMIA, ACTIVIDAD MOTORA DE HEMICUERPO DERECHO CONSERVADA, HERIDA EN PIERNA DERECHA CUBIERTA CON APOSITO, HEMIPLEJIA IZQUIERDA SEVERA, ARREFLEXICA, HIPOTROFIA MUSCULAR GENERALIZADA.

PLAN DE RESPUESTA:

PACIENTE CON SECUELAS DE ECV HEMORRAGICO, CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA, AFASIA MOTORA, CON TRAQUEOSTOMIA Y GASTROSTOMIA, SEVERO DESACONDICIONAMIENTO FISICO, REQUIERE PARA SU REHABILITACION: 1. SILLA DE RUEDAS, 2. CAMINADOR METALICO, 3. FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA (DICE SU FAMILIAR QUE TIENE FAMILIA EN BUENAVENTURA), 4. PAÑALES DESCHABLES, 5. VISITA POR MEDICO DOMICILIARIO.

Tratamiento: SILLA DE RUEDAS, 2. CAMINADOR METALICO, 3. FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA (BUENAVENTURA), 4. AÑALES DESCHABLES, 5. VISITA POR MEDICO DOMICILIARIO.

Diagnóstico: 1679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR- NO ESPECIFICADA

LISTA DE MEDICAMENTOS

20

20

1

Página 1/2

Usado: 10/03/2017

Reporte: HCRPHistoBase

Fecha Actual: viernes, 20 enero 2017

CODIGO: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002 5]

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 19/01/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario,

Entidad Recobrante: Anexo Salud y Desarrollo Municipal y Comunal

Número del Acta: CAU-2017-01-19-162

Atención Hospitalaria:

Nombre y apellidos	JOSE		FLOREZ		FRANCISCO
TPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	10400476
	CE	PASAPORTE	TARJETA DE IDENTIFICACIÓN		

II. Datos del médico tratante.

Nombre y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BORDABUENA GONZALEZ		
Registro médico:	1330007	a. Especialidad:	OTOLINGOLARIATRINOTOMIA
Fecha de solicitud:	17/01/2017	b. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	19/01/2017

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio,

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I67.9	ENFERMEDAD DE LA BREVASCULA DEL CEREBRO CRÓNICA

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de Recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SELA DE RINOLARIANOMOS Y RINOLARIANOMOS	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACIÓN	UNICO	1	30

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2018
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayán FECHA 03-29-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 0226058

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	GARANTÍA EN MESES
Silla de Ruedas adulto	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Sox Elomdo Hernandez
 TPO DE IDENTIFICACIÓN CO ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 10405036
 DIRECCION N/A CIUDAD Popayán
 TELEFONO 3105294430 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud.

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Mestas Hernandez
 Número documento de identidad 1480317
 Fecha y Hora de recibido 29-03-2017
 Teléfono fijo / Celular 310529 4430
 Parentesco con el Paciente Hermano



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles Yuri W. Villanueva
 Número documento de identidad 34585539
 Fecha y Hora de recibido 29-03-2017
 Teléfono fijo / Celular 310529 4435
 Entidad Asmet Salud.



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006409

Fecha: 2017-MAY-08
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-08

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Doc.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion		Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV		10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

MONTO: UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

PACIENTE: NARVAEZ DE GOMEZ CARMEN ID: 25711632

Si se recibe esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Para facturación No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8682917

Fecha de entrega: 02/03/2017 02:48:50 PM

OTORGADOR RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

CODIGO ESS062

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S
DIRECCION: CRA 5A # 18AN - 59
DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONO: 8374435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NARVAEZ	DE GOMEZ	CARMEN	

PRIMER DOCUMENTO: CC
SEXO: FEMENINO
FECHA NACIMIENTO: 28/04/1929
No CARNÉ: 6208373731
NIVEL SISBEN: NIVEL 1
TELEFONO: 3122743239
MUNICIPIO: TIMBIO

TIPO DE PAGO: SUBSIDIADO
DIRECCION: VI SAN PEDRO
DEPARTAMENTO: CAUCA
SISTEMA ELECTRONICO

SERVICIOS AUTORIZADOS

ACTIVO AUTORIZACION: COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 376647 SERVICIO: AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
17106480	1	SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV.

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 6101727

CONSULTA EXTERNA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

23/02/2017 11:42:01

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor máximo por EPS: \$0

VALOR MAXIMO COPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ
CARGO: PROFESIONAL NO POS DPTAL

TELEFONO (2) 8312000

EA-5062 - SMH-PABPD.
FV-6409
MA-200

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en los IPS Autorizados. Validez 90 días
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
Sistema ASMET SALUD EPS-S

3117428829
3166605355

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
DEPARTAMENTO DE POPAYAN

NIT: 891580002

Calle No. 10N-142 Tel. 8234508


hospital@hospital-sanjose.gov.co

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
21/02/2017 07:08:20 p.m.	38	870772
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
CARMEN NARVAEZ DE GOMEZ		87 Años \ 10 Meses \ 3 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25711632	3130A	ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACIÓN		

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total ítems: 5


 FRANCISCA FRANCISCO

1333087

PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

Pagina 3/5

 Fuente: HCRReporteDBase
 Hospital Universitario San Jose de Popayan NIT [891580002-5]



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Papeyán

Fecha de elaboración: 02/03/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante:

Asmut Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta:

CAU-2017-03-02-17

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos		CARMEN		NOMBRE		DE GONZALEZ	
TIPO DOCUMENTO	RG	TI	CE	NÚMERO	28711832		
	CE	PASAPORTE	CE				
		TARJETA DIPLOMATICA					

II. Datos del médico tratante.

a. Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHONQUEZ GONZALEZ	
b. Registro médico:	1333087	
c. Fecha de solicitud:	21/02/2017	
d. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	
e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	21/02/2017	

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	M869	OSTEOMIELITIS, NO ESPECIFICADA

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recusancia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

4. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

a. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE R. RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	PREVENCIÓN	UNICO	1	1

**ACTA DE ENTREGA
 AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
 Fecha: 29 - Diciembre - 2018
 V: 02 / Páginas: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 03-29-2017

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 8682917

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Resacas Plegable con descansabrazos Removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Carmen Nuñez
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 25711632
 DIRECCION V/ San Pedro CIUDAD Asmael Salud Popayan
 TELEFONO 3117428829 ENTIDAD DE SALUD Asmael Salud

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombre y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Prestesco con el Paciente

Maria Ruby Gomez
48550075
29 Mozo Hora 70:45
3117428829
hiso



ENTREGADO POR:

Nombre y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Yenia Villanueva
34565534
8374435
Vitalmedica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006410

Fecha: 2017-MAY-08
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POBAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-08

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

MONEDA: UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

PACIENTE: VALENCIA FAJARDO ANA ROSA ID: 48571536


VITAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138-1

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8557814

Fecha de entrega: 23/02/2017 10:18:03 AM

RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8374435

NIT

802028138

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VALENCIA	FAJARDO	ANA	ROSA
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	10/05/1926
90 A	48571538	Nº CARNE	19108162
SUBSIDIADO	SEXO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
B/ EL OASIS	FEMENINO	TELEFONO	
CAUCA		MUNICIPIO	PIENDAMO

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 373332	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	DESCRIPCION		
164X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		
CANTIDAD	DESCRIPCION		
1	SILLA DE RUEDAS ESTANDAR		

Condición del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NO APLICA

CAMA

FECHA SOLICITUD

15/02/2017 09:13:00

TIPO DE SOLICITUD ORIGEN

6038708

PAGOS COMPARTIDOS

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

Prescrito por EPS

\$ 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

TELEFONO (2) 8312000

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

REF - SMT - PABPD

insano - Carabali

TIPO DE QUIEN AUTORIZA

PROFESIONAL NO POS DPTAL

FA - 5059

VA - 201

FV - 6410

3128868899
3134417411

NIT: 891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508

mailto:atencio@hospitalsanjose.gov.co

Fecha Actual : martes, 14 febrero 2017

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	14/02/2017 11:38:57 a.m.	FOLIO No.	43	INGRESO No.	867893
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD			
ANA ROSA VELANCIA FAJARDO		90 Años 16 Meses 14 Dias			
ENTIDAD		ASMET SALUD			
HISTORIA CLINICA	48571536	CAMA	URGUCUC21	SERVICIO	
		URGENCIAS ADULTOS CUBICULO C			
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION					
SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1					

Total Items: 5

GOMEZ GONGORA FRANCISCO

1333087

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

COPIA PERSONAL DE SALUD

Firma Digitalizada

Pagina 3/5

NIT (891580002-5)

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: **Popayán**

Fecha de elaboración: **16/02/2017**

Atención Ambulatoria: **X**

I. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recorrido: **Asociación Salud ESS EPS "Asociación Mutua la Esperanza"**

Número del Acta: **CAU-2017-02-16-238**

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos	ANA					
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	ROSA	VALENCIA	FAJARDO	
	CE	PASAPORTE	CC	NÚMERO	48571538	
			X			
			TARJETA DIPLOMATICA			

II. Datos del médico tratante.

a. Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BICHORQUEZ BONGORA	
b. Registro médico:	01-13330-87	c. Especialidad:
d. Fecha de solicitud:	14/02/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:
III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.		OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
		15/02/2017

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACIÓN	UNICO	1	1

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

SE ACTUÓ CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE APARECEN EN ESTA ACTA; AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OTORGO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR SER UN PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUÉMICO CON SEQUELAS DE ACTIVIDAD MOTORA EN LAS 4 EXTREMIDADES MEDIO TRATANTE DEFICIENCIAS AGITACIÓN PSICOMOTORA DESORIENTACIÓN DESACONDICIONAMIENTO EXTERNIDADES CON ACTIVIDAD MOTORA EN LAS 4 EXTREMIDADES MEDIO TRATANTE DEFICITA PARA SU REHABILITACIÓN SELLA DE RUEDAS.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	SI	NO
La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada?	X	

Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresadas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
a falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atienda la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	N/A	N/A
servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no pueda ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea al excludido, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	N/A	N/A
servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	N/A	N/A
e celda la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se examinen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	N/A	N/A

III. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IV. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISUE LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD DE NO POS-(S)

IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: ROSA VELANCIA FAJARDO		SERVICIO: URGENCIAS		CAMA: 21	
FECHA DE SOLICITUD: 14/02/2017	TIPO DOCUMENTO: CEDULA	48571536	EDAD: 90	SEXO: F	INGRESO

DIAGNOSTICOS ACTUALES	COD. CIE 10	COD. CIE 10
ENFEME VASCULAR ENCEFALICO AGUDO- NO	94X	
DEFINIDO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE	2721	
PROBLEMA FISICO		

PACIENTE DE 90 AÑOS, PROCEDENTE DE PIENDAMO, CON DIAGNOSTICOS DE: 1- EMERGENCIA HIPERTENSIVA ORGANO BLANCO
2- ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA, 3- IVU. PACIENTE CON EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTORA, TOLERA VIA ORAL.
SOLICITA PLAN DE MANEJO DOMICILIARIO. TAC CEREBRAL (8-02-17) Cambios por pérdida de volumen cortical y central esperados
a edad. Encefalomalacia parietal derecha. No hay masas o colecciones intra o extra axiales. El sistema ventricular localizado en la línea media
proporcional y permeable a nivel supra e infratentorial. Tallo y fosa posterior sin alteraciones. Las estructuras de la base del cráneo tienen
normal apariencia. TAC CONTROL (10-02-17) Cambios atroficos cerebrales difusos bilaterales con dilatación ventricular y prominencia de surcos.
En especial no hay lesiones isquémicas ni hemorrágicas.
EXAMEN FISICO: PACIENTE ANCIANA EN REGULAR ESTADO GENERAL, ALERTA, ANSIOSA, POCO COLABORADORA, CON MEDIDAS DE
PROTECCION AL LECHO, SARCOPEMICA, SIGNOS VITALES ESTABLES, HIDRATADA, MUCOSAS PALIDAS, RUIDOS CARDIACOS CON SOPLO
SISTOLICO, MURMULLO VESICULAR SIMETRICO. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO,
EXTREMIDADES CON ACTIVIDAD MOTORA EN LAS 4 EXTREMIDADES, PERO CON POBRE COORDINACIÓN, SIN SIGNOS DE
FOCALIZACION LATERAL.
DETALLE RESPUESTA:
PACIENTE CON SECUELAS DE ECV ISQUEMICO, CONSIDERANDO QUE NO HAY FOCALIZACION ES PRESUMIBLE QUE SE
TRATA DE UN ECV DEL TALLO CEREBRAL, EVIDENCIA COMO DEFICIENCIAS AGITACION PSICOMOTORA, DESORIENTACIÓN,
DESACONDICIONAMIENTO. LA PACIENTE TIENE DEFICIT COMUNICATIVO Y COGNITIVO QUE LE IMPIDE AVISAR CONTROL DE
ESCRITERES. SE PRESCRIBE PARA SU MANEJO: SILLA DE RUEDAS, FISIOTERAPIA DOMICILIARIA, CAMINADOR, PAÑALES
DESECHABLES, VISITA POR MEDICO GENERAL. ALTA POR FISIATRIA.

	SI	NO	X
Cual			
Integral de Dx NO POS(S)		Procedimientos NO POS(S)	
		Otro	X

DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES
ADULTO # 1

Tipo de prestación	Tratamiento	Ambulatorio	X	Hospitalario
	Tipo de prestación			Causa de la Repetición
	Servicios Salud Sucesivos			Recurrencia
	Servicios Salud Único		X	Compilación
	Servicios de Salud Único Repetido			Mala Praxis
			Cual	

RESPONSABLES DE LA ELABORACION

RODRIGUEZ GONGORA	T. Profesional: 1333087 - ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
ENFERMERO DEL MEDICO	REGISTRO Y ESPECIALIDAD	
		FIRMA

CIUDAD Popayan

FECHA _____

CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **8557814**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Silla de Ruedas Standar</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE: Rosa Valencia

NOMBRE COMPLETO
TPO DE IDENTIFICACIÓN

CC ☒

PA ☐

TI ☐

RD ☐

ASI ☐

MSI ☐

No. 48571536

DIRECCION B/EI OASIS

CIUDAD Popayan

TELEFONO 3128868899

ENTIDAD DE SALUD _____

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles José Rafael Priyima

Número documento de identidad 6218849

Fecha y Hora de recibido _____

Teléfono fijo / Celular 3128868899

Entrevista con el Paciente Yerno



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Luzmila V. Mancera

Número documento de identidad 34565539

Fecha y Hora de recibido _____

Teléfono fijo / Celular 31374435

Entidad

Vitalmedica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006415

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POBRYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro
OV.Nro
Dcto.Alt
Moneda
PESOS

Descripcion

CAMA HOSPITALARIA MANUAL 2P

Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
10	1	UND	1,675,888.00	0.00	1,675,888.00	0.00

Subtotal	:	1,675,888.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	41,897.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,633,991.00

REGALIAS : UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS MCTE.

PACIENTE: MUNOZ DE SAMBONI MARIA FLORENTINA ID: 25589526

Después de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
Numeracion para facturacion No. 50000407697 (Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización

8758121

Fecha de entrega: 09/03/2017 10:04:18 AM

ASMET SALUD ESS-002

CODIGO: ESS002

RESPONSABLE DEL PAGO:

PRESTADOR
 VITAL MEDICA S.A.S
 CRA 6A # 18AN - 59
 CAUCA
 8374435

(Autorizado)

NIT
 CODIGO
 MUNICIPIO:

802008138
 802008138119
 POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MURAZ	DE SAMBONI	MARIA	FLORENTINA
CC:	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
86 A	25509026	17/03/1931	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	
L.ALEONA	FEMENINO	820303D14	
CAUCA		NIVEL 1	
		TELEFONO	
		MUNICIPIO	ARGELIA

SERVICIOS AUTORIZADOS

TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	DESCRIPCION	
G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON	
CANTIDAD	DESCRIPCION	
1	CAMA HOSPITALARIA MANUAL 2 P.	

Estado del Paciente al momento de la solicitud de autorización:
 NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

CAMA
 FECHA SOLICITUD
 NO APLICA
 03/03/2017 09:28:33

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".
 VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS 5368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

MONICA ALEJANDRA VELOSA ORTIZ
 COORDINADOR DEMANDA DE SERVICIOS DPTAI

TELEFONO (2) 8312000

082125-32

TR- 790
 MA - 202
 FV- 6415

insurno obelisco.

ESE SUROCCIDENTE - NIT 900.145.767-8
ORDEN MEDICA ARGELIA 71407

Viernes, 17-Feb-2017 05:39 pm

Pág. 1 de 1

R-FAST 8.5 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Id: CC 25589528

Usuario: MUÑOZ DE SAMBONI MARIA FLORENTINA

Femenino 65 Años

Teléfonos : 3206844415

Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1

Numero de afiliación:

Empresa : ASMET SALUD EPS-S

Nivel : NIVEL 1

Centro producción: 1110-SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA Y PROCED Documento de venta: 101000011400-EVAR-158397

Relacionado a la consulta: M549. Relacionado a la consulta: R32X.

Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	VÍA ADMON	DOSIS	POSOLOGÍA
Cena Hospitalaria		TOPICO	1	Topico

Dr. Cristian Alberto Gómez
Médico y Cirujano
RM 1908329

ENTREGADO POR

R-FAST 8.5 Cloud

MUÑOZ DE SAMBONI MARIA FLORENTINA
CC 25589528

Orden Medica Argelia 71407 - Pág 1 de 1

Dr. Cristian Alberto Gómez Córdoba
Prel: 1130613253 - NIT: 1130613253
ESE SUROCCIDENTE ARGELIA

CIUDAD Popayan

FECHA Marzo 17-2017 CONSECUTIVO No. 8758121

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Cama Hospitalaria</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Marica Florentina Muñoz
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TIF ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 75589526
 DIRECCION La Leona CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3103816183 ENTIDAD DE SALUD Asmex Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

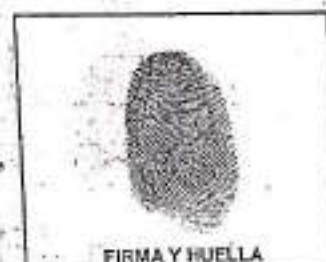
Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Oscar Muñoz Ledezma
10661992
17-03-2017 - 11:32 AM
3103816183
Sobriño



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Juan Vellanos
31585539
0374435
Vitalmedica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006416

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CI 4 CR 1 ESQ
POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS

CC.Nro OV.Nro Octo.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
SILLA DE RUEDAS ESTANDAR	10	1	UNO	741,158.00	0.00	741,158.00	0.00

Subtotal	:	741,158.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	18,529.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	722,629.00

Valores : SETSCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCTE.

Paciente: MANQUILLO ROQUE RONELIA ID: 25401299

Si se vence esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorizacion

8331845

Fecha de entrega: 23/02/2017 08:47:25 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASNET SALUD ESS-052

COOIGO: ESS052

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
 CRA 5A # 18AN - 59
 CAUCA
 8374435

NIT 802028138
 CODIGO 802028138119
 MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MANUELLO	ROQUE	ROMELIA	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
79 A	25401299	04/09/1937	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	6205285598
B/ 31 DE MARZO	FEMENINO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CAUCA		TELEFONO	8381248
		MUNICIPIO	POPAYAN

PRN DOCUMENTO
 USAD
 PROUSUARIO
 DIRECCION
 DEPARTAMENTO
 CORREO ELECTRONICO

SERVICIOS AUTORIZADOS

ACTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC:	SERVICIO
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION	AMBULATORIA
PRINCIPAL	G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON	
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
Y.L202	1	SELA DE RUEDAS ESTANDAR	

Indicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

5826616

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

16/01/2017 06:13:17

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Por restituido por EPS
 (PAGO) \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de Quien Autoriza

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO

(2) 8312000

ORGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

TR-850

TV-6416

@carabell

LA 5140

TC Medica

\$ 600.000

No se ha factorado

REHABILITAR

Medicina Fisica -Rehabilitacion -Electrodiagnostico -Rehabilitacion Cardiaca -Osteodensitometria

CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ

MEDICO FISIATRA

Registro medico: 211488

: 25401299 2016-12-01 14:54:26

Junella Manquillo

SILLA DE RUEDAS DE ADULTO

DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

REHABILITAR
Carlos Eduardo Cruz L.
MEDICO FISIATRA
R.M. 211488

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Popayan Colombia

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrannte: Asnet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-01-24-108

Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 24/01/2017

Servicio Ambulatorio: A

Forma de identificación del usuario:

Nombre y Apellidos	ROMELIA		MANUELLO		ROQUE
	RC	TI	CC		
TIPO DOCUMENTO	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA	NUMERO	25401299

1. Datos del médico tratante:

CARLOS EDUARDO URIBE			
a. Nombre y Apellidos:	2114-88	b. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
c. Ocupación médica:	12/01/2017	d. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	18/01/2017

2. Diagnóstico del caso objeto del estudio:

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	G20X	ENFERMEDAD DE PARKINSON

3. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayan

FECHA Marzo 22-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **8331845**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Ruedas adulto	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Romelia Manquillo
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No 25401299
 DIRECCION 8/31 - marzo CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3147998780 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Honorato Montenegro
1672422
3147998780
Hijo.



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Yamir Villanueva
34565539
8344435
Vital Médica



VITTAL MEDICA SAS
C.C. 805028138-1
CALLE 59
PORECE
2145921

FACTURA DE VENTA
Numero: V - 006413
Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 11 de 11

CLIENTE
MEDICO
C.C.
NACION
SEX
DIRECCION

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS
Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09
Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS
OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal : 1,074,114.00
Iva :
Rte Fte 2.50% : 26,853.00
Rte Fte 0.00% : 0.00
Rte Iva : 0.00
Rte Ica : 0.00
Regalias : 0.00
Total : 1,074,241.00

Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Paciente: PACIENTE: JOJOA BOLANOS MARIA LUISA ID: 26561873

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
para facturacion No. 50000407697

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8975648

Fecha de entrega: 29/03/2017 04:43:01 PM

RESPONSABLE DEL PAGO: ASMET SALUD ESS-462 CODIGO ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)
VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 58
CALICA
8374435
NIT
CODIGO
MUNICIPIO:
802028138
802028138119
POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
JUCA	BOLANOS	MARIA	LUSA
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
84 A	26581873	08/08/1932	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	
CLL 72 A N 1-51	FEMENINO	6204795185	
CAUCA		NIVEL SISBEN	
		NIVEL 1	
		TELEFONO	
		MUNICIPIO	POPAYAN

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 386124 SERVICIO AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
11297	1	SILLA DE RUEDAS ESTANDAR

Código del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

NO APLICA

LIBRO DE SOLICITUD ORIGEN

8284451

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

22/03/2017 09:51:18

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Copago por EPS
COPAGO \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 386.000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

TIPO DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO

(2) 8312000

PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA - 5262

Fv - 6419

3128374417
3116184138



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
DE COLOMBIA

Comunidad y Atención mejorando su salud

NIT: 891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508
atencia@hospitalсанjose.gov.co

Fecha Actual : miércoles, 15 marzo 2017

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
15/03/2017 06:30:07 p.m.	89	875321
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
MARIA LUISA JOJOA BOLAÑOS		84 Años \ 7 Meses \ 7 Dias
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
26561873	31308	7320-7 - ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION		
SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1		

Total ítems: 3

ROQUEZ GONGORA FRANCISCO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Firma Digitalizada

Informe reporte : HCRPReporteDBase

Página 2/3

19451213

CÓDIGO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 29/03/2017

Mención Ambulatoria: X

1 Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-29-188

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos	MARIA		LUISA	JOJOA	ROLANDOS
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	26561873
			X		
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

II Datos del médico tratante.

Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONGORA		
Registro médico:	01-13336-97	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:	15/03/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	22/03/2017

III Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Registros CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CÓDIGO ICD	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	S721	FRACTURA PERTROCANTERIANA

IV Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Repositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
RUEDA DE RUEDAS ESTÁNDAR	PREVENCION	UNICO	1	1

Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

CONCORDANDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 0386 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR: PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA PERITROCANTERIANA, POR DE OSTEOSÍNTESIS DE CUELLO FEMORAL DERECHO, EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADA, AFERRIL, SIN CAMBIOS POSTURALES EN CAMA INDEPENDIENTES, ACTIVIDAD MOTORA DE MIEMBROS INFERIORES CONSERVADA, REQUIERE PARA SU REHABILITACIÓN SALA DE RUEDAS, FISIOTERAPIA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA, REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD SOLICITADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUSTITUIRLA.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

	SI	NO
1. La evidencia, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
2. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclinico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de haber observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
3. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, sustitutivo, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
4. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
5. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresadas del POS definidos en la Sentencia T-160 de 2014

	SI	NO
"La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	N/A	X
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea al menos, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	X	
"Se colija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presume ciertos las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

VIII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IX. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISUE LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: VFT-001-V
Fecha: 23 - Diciembre - 2016
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Popayan

FECHA 04-26-2017

CONSECUTIVO No.

Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **8975648**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Rodas con descansabrazos Removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Maria Luisa Doloa
IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 26561873
SECCION Calle 720 # 1-5H CIUDAD Popayan
TELÉFONO 3128374417 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

El uso y la forma de asear están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se responsabiliza por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la Resolución 1319 de 2010.

Firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Documento de identidad
Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Relación con el Paciente

Hernán Rivera Tojoe
12747589
11-37 AM - 04-26-2017
312 648 4138
Hijo


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Documento de identidad
Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular

Juan Villanueva
24565539
8374435
U. Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006420
 Fecha: 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
 RIZOYAN

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
 2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

CC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
 PESOS

Descripcion

COLCHON ANTIESCARAS OB

Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

Letras: OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Paciente: MOSQUERA MOSQUERA ELISA ID: 34446018

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

9054539

Fecha de entrega: 07/04/2017 01:31:55 PM

UNIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8374435

NIT

802028138

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOSQUERA	MOSQUERA	ELSA	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
34 A	34446018	No CARNE	23/08/1982
SUBSIDIADO	SEXO	NIVEL SISBEN	19923394
CONTADOR	FEMENINO	TELEFONO	NO APLICA
CAUCA		MUNICIPIO	MERCADERES

PROCESAMIENTO

ES

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

PROCESAMIENTO

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 309195 SERVICIO AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
VT.312104	1	COLCHON ANTIESCARAS DB

Obligación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN 6356650 CAMA NO APLICA

FECHA SOLICITUD 31/03/2017 12:32:22

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Informado por EPS VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ TELEFONO (2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL EA-5265

FV-6920

REHABILITAR

Medicina Física - Rehabilitación - Electrodiagnostico - Rehabilitación Cardíaca - Osteodensitometría
CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ
MÉDICO

CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ
MEDICO FISIATRA

MEDICO FISIATRA
Regist. n.º 12.345

Registro medico: 211488

CC: 34446018 2017-03-23 15:29:12

CONFECCION ANTIESCARAS EN PANAL DE HUEVO
CONFECCION PARETESIA ESPASTICA DE CUSTODIA
CONFECCION SACRA

REHABILITAR
Carlos Eduardo Cruz L.
MEDICO PSIATRA
R.M. 211408

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Popayan Colombia

Ciudad Popayan

FECHA _____

CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9054569 - 9054553 - 9054539

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Ruedas Adulto	1	
colchon Antiescaras	1	
cojin Antiescaras	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Elisa Mosquera.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 34446018.

DIRECCION Moradere CIUDAD Popayan

TELÉFONO 3113418039 ENTIDAD DE SALUD Asm. Salud.

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles

Número documento de identidad

Fecha y Hora de recibido

Teléfono fijo / Celular

Parentesco con el Paciente

Hector Pedro Angulo Gomez
70696236
27.04.2017 2:07 PM
3113418039 3145203932
familiar


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles

Número documento de identidad

Fecha y Hora de recibido

Teléfono fijo / Celular

Entidad

Carolina Velazquez
34565539
23.04.17
Vital medica


FIRMA Y HUELLA

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmatasud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 Número del Acta: CAU-2017-03-31-48
 Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 31/03/2017
 Tipo de autorización: X
 Tipo de identificación del usuario:

Nombres y apellidos	ELISA		CC	MOSQUERA	MOSQUERA
	RC	TI			
TIPO DOCUMENTO	CE	PASAPORTE	X	NÚMERO	3446018
		TARJETA DIPLOMATICA			

Nombre del médico tratante:

Identificación y apellidos:	CARLOS EDUARDO CRUZ	
Identificación médica:	2114/88	c. Especialidad:
Fecha de solicitud:	23/03/2017	c. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:
Diagnóstico del caso objeto del estudio:		OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
		31/03/2017

Código DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
G800	PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Salud de la tecnología en salud no POS

Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Requisitos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
COLCHON ANTEJCARAS DE	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACIÓN	UNICO	1	1

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL ETC DEPARTAMENTAL CAUCA APTUBRA EL COMITÉ DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGUN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN LA RESOLUCIÓN 0319 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA TENIENDO EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO, PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA, CON ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE EL SNC CON CUADRI PARALISIS CON CUSTODIA DE 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN SE ORDENA SILLA DE RUEDAS, CON ANTESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS, SILLA DE RUEDAS, SILLA DE RUEDAS ESTANDAR, REVISADA LA LITERATURA CIENTIFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MEDICO TRATANTE, LA TECNOLOGIA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMOLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZABLE O INTERCAMBIABLE, EL COLCHON ANTESCARAS ES UNA SOLUCION VIABLE, SU FUNCION ES DISMINUIR LA PRESION QUE SE GENERA EN LAS ZONAS DE APOYO. ESTE TIPO DE COLCHON ESTA INDICADO PARA TODOS AQUELLOS PACIENTES INMOVILIZADOS QUE PUEDAN PRESENTAR SUDORACION EXCESIVA, INCONTINENCIA VESICAL O FECAL, ALTERACIONES EN EL SUEÑO, LACRIMAS O PROBLEMAS NEUROLÓGICOS, ESTAS HECHAS EVOLUCIONALES HACIA LA NECESIDAD DE LA SILLA DE RUEDAS.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresadas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014


SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


VIII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

IX. Responsables del Comité:


 NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS


 ERMISUE LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS


 GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006421

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Código: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
PORRIAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

CC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
SILLA DE RUEDAS ESTANDAR	10	1	UND	741,158.00	0.00	741,158.00	0.00

Subtotal	:	741,158.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	18,529.30
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	722,629.00

SETECIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCTE.

EMISOR: MOSQUERA MOSQUERA ELISA ID: 34446018

Si no se verifica esta factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
para facturación No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización: 9054553 Fecha de entrega: 07/04/2017 01:31:40 PM

CÓDIGO RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-462	CÓDIGO: ESS002
INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)			
NIT		802028138	
CÓDIGO		802028138119	
MUNICIPIO:		POPAYAN	
NOMBRE:			
CRA 6A # 18AN - 58			
CAUCA			
8374435			

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOSQUERA	MOSQUERA	ELISA	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
34 A	34440018	23/08/1982	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	19023384
CONTADOR	FEMENINO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
CAUCA		TELÉFONO	
		MUNICIPIO	MERCADERES

SERVICIOS AUTORIZADOS

TIPO AUTORIZACION: COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 389208 SERVICIO: AMBULATORIA

CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
V1272	1	SILLA DE RUEDAS ESTANDAR -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: NO APLICA

CAMA

NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 6356650

FECHA SOLICITUD

31/03/2017 12:32:22

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Financiado por EPS
 COPAGO \$ 0

VALOR MÁXIMO TOPE EN PESOS

\$ 300.000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELÉFONO

(2) 6312000

CÓDIGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

Ok - Hwc

EA-5264
 FU-6421

OC-3143

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en los IPS Autorizados. Validez 90 días.
 Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
 AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
 Sistema ASMET SALUD EPS-S

REHABILITAR

Medicina Física - Rehabilitación - Electrodiagnostico - Rehabilitación Cardíaca - Osteodensitometría

CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ

MEDICO FISIATRA

Registro médico: 211488

CC: 34446018 2017-03-23 15:29:12

Enfermedad

LESION DE RIÑONES DE ADULTO

DIAGNOSTICO: CUADRIPLASIA ESPASTICA DE CUSTODIA
ESCARA SACRA


REHABILITAR
Carlos Eduardo Cruz L.
MEDICO FISIATRA
R.M. 211488

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tel: 8232718-8232449 Popayan Colombia



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Bogotá

Fecha de elaboración: 11/03/2017

Atención Ambulatoria: X

Fecha de identificación del usuario:

Entidad Recobradora: Asoc. Salud EPS EPS "Asociación Mutual de Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-31-136

Atención Hospitalaria:

Nombre y apellidos	ELISA			MOSQUERA	MOSQUERA
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NUMERO	34448018
			X		
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

II. Datos del médico tratante:

Nombre y apellidos:	CARLOS EDUARDO ORAZO				
Registro médico:	2114188	Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD		
Fecha de solicitud:	23/03/2017	Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	31/03/2017		

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio:

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE RUEDAS FST/NDAR	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1



Asma Salud LSS EPS "Asociación Mutualista y Apoyadora"
 HTT: 817200248-3
 Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-45 Sector la Estancia
 Teléfono: (2) 8312605
 Página Web: <http://www.asmasalud.org.co>

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS

RECORRIENDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN. LA INFORMACIÓN DE 3 AÑOS DE SIEMPRE PRESENTA PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICO CON ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE EL SNC CON CUADRIPLAJÍA CON CUSTODIA DE 3 AÑOS DE EDAD. EL MEDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDE CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUSTITUIRLA EL SUMINISTRO DE LA SILLA DE RUEDAS TIENE POR OBJETIVO CONTRIBUIR A LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, MEJORAR LAS POSIBILIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL PLENO EJERCICIO DE SUS DERECHOS. LAS PERSONAS QUE USAN SILLA DE RUEDAS FACILITAN EL DESPLAZAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DIARIAS Y A SU VEZ FACILITAN EL TRABAJO DEL CUIDADOR. FACILITA LA MOVILIDAD DEL PACIENTE TENIENDO EN CUENTA QUE:

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

La planeación, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	SI	NO
La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin presentar resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, santuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014

La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, sea de modo de la pervivencia en condiciones dignas?	SI	NO
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y cumple al estándar, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	N/A	X
Se califica la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario?	X	

VIII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

X. Responsables del Comité:

NEIL CASALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISUELEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

VITAL MEDICA SAS
 COT: 805028138-1
 N: 987 353 59
 C.A. - P.A.S.S.
 RI: 5145821

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006423
 Fecha : 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente : DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 Contacto : 891580016-8 Codigo: 891580016
 Nit o C.C.:
 Direccion : CL 4 CR 7 ESQ
 Ciudad : POPAYAN
 Telefono :
 Fax :

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento
 2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Dcto.Alt	Moneda
			PESOS

	Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
8.7012460	SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

Por Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: BOLANOS JORGE ENRIQUE ID: 4635859

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10003
 (Firma y Sello)



Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
NIT: 817300846-3
Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-48 Sector la Estancia
Página Web: <http://www.asmet.salud.org.co>
Autorización de servicios No. 8817801

Teléfono (2) 8312000

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización 8817801

Fecha de entrega: 14/03/2017 04:05:26 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	ASMET SALUD ESS-082	CODIGO: E88082
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)	
NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S		NIT: 802028138
DIRECCION: CRA 5A # 18AN - 59		CODIGO: 802028138119
DEPARTAMENTO: CAUCA		MUNICIPIO: POPAYAN
TELEFONO: 8374435		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BOLANOS		JORGE	ENRIQUE
TIPO DOCUMENTO: CC	NUMERO: 4635853	FECHA NACIMIENTO: 05/10/1940	
EDAD: 76 A	SEXO: MASCULINO	No CARNE: 8204833398	
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO		NIVEL SISBEN: NIVEL 1	
DIRECCION: VEREDA AGUAS FRESCAS		TELEFONO: 3117378421	
DISTRITO: CAUCA		MUNICIPIO: BOLIVAR	
COORDINADO ELECTRONICO			

SERVICIOS AUTORIZADOS

INDICADOR AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 360361	SERVICIO: AMBULATORIA
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CODIGO: I84X	DESCRIPCION: ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	
CODIGO: V07.228403	CANTIDAD: 1	DESCRIPCION: SILLA DE R. RECLIN. BRAZOS Y PIE REMOV. 2	
Uso del Paciente al momento de la solicitud de autorización:		CONSULTA EXTERNA	
SERVICIO: NO APLICA		CAMA: NO APLICA	
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 6173080		FECHA SOLICITUD: 08/03/2017 13:14:32	

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor máximo por EPS
COPAGO: \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ
DIRECCION: PROFESIONAL NO POS DPTAL

TELEFONO: (2) 8312000

EA-5260
TV-6423

CE-3139

EA-5260

Esta orden es Única e Intestible, Solo Válida en los IPS Autorizados. Validez 90 días
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
Sistema ASMET SALUD EPS-S

Hector

3145703989
PLAN DE MANEJO EXTERNO

Fecha Actual : viernes, 03 marzo 2017

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
03/03/2017 02:17:32 p.m.	11	874737
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
JORGE ENRIQUE BOLAÑOZ		76 Años \ 4 Meses \ 29 Dias
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
4635859		

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total Items: 5


 GOMEZ GOMEZ FRANCISCO

1333087

PRIMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451713



FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD DE NO POS-(S)

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO		NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:		SERVICIO: URGENCIAS		CAMA:	
ENRIQUE BOLAÑOZ		TIPO DOCUMENTO: CÉDULA		NUMERO 4635859		EDAD: 74 SEXO: m INGRESO	
FECHA DE SOLICITUD: 03/03/2017		DIAGNOSTICOS ACTUALES		COD. CIE 10		COD. CIE 10	
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO- NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		64X					
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO		Z721					
<p>PACIENTE DE 74 AÑOS, PROCEDENTE DE BOLIVAR, ZR, CON DIAGNOSTICOS DE: 1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO CILINDROTROMBOTICO SUPRATENTORIAL CON COMPROMISO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA NIHSS 10 ASPECTS 10 RANKIN 4. 2. HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA. PACIENTE CON 4 H DE EVOLUCION, REFIERE SENTIRSE SIN DEFALEA, TRANQUILO, SIN VIA ORAL.</p> <p>EP: PACIENTE ADULTO MAYOR, EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO, DISARTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS 189/100, FC 80X', FR 15X'. SIN SOPORTE DE OXIGENO, AFEBRIL, HIDRATADO, RUIDOS ISOCORICAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, EXTREMIDADES: HEMIPLEJIA IZQUIERDA HIPOTONICA, ARREFLEXICA, BABINSKY IZQ. NO EDEMAS. PIEL SANA.</p> <p>DETALLE RESPUESTA:</p> <p>CONCEPTO: PACIENTE CON SECUELAS DE ACV ISQUEMICO SECUNDARIO A CRISIS HIPERTENSIVA EN MEJORIA, PRESENTA COMO SECUELAS DISARTRIA, HEMIPLEJIA IZQUIERDA, MOVILIDAD RESTRINGIDA AL LECHO Y SILLA INICIALMENTE POR HEMIPLEJIA, DEPENDENCIA EN AUTOCUIDADO BARTHEL 20/100, RIESGO DE CAIDAS (MORSE) MEDIA, RIESGO DE ULCERAS (BRADEN) ALTO, REQUIERE PARA SU REHABILITACION: 1. SILLA DE RUEDAS. 2. BASTON METALICO DE APOYO EN 4 PUNTOS, 3. FISIOTERAPIA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA, 4. FONOAUDIOLOGIA DOMICILIARIA, 5 VISITA POR MEDICO GENERAL, 6. PAÑALES DESECHABLES PRIMER MES.</p>							
DETALLE RESPUESTA:		Cual		Procedimientos NO POS(S)		Otro	
SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1						COD. CUPS	
Tipo de procedimiento NO POS solicitado:		Tratamiento		Ambulatorio		Hospitalario	
		Tipo de prestación				Causa de la Repetición	
Procedimiento		Servicios Salud Sucesivos		X		Recurrencia	
Procedimiento		Servicios Salud Único		X		Complación	
Procedimiento		Servicios de Salud Único Repetido				Mala Práxis	
						Cual	
RESPONSABLES DE LA ELABORACION							
FIDEL BOHORQUEZ GONGORA		T. Profesional: 1333087 - ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION				FIRMA	
NOMBRE DEL MEDICO		REGISTRO Y ESPECIALIDAD					



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 12/03/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-13-97

Atención Hospitalaria:

Nombre y apellidos	JORGE	ENRIQUE	BOLAÑOS	
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	
	CE	PASAPORTE	X	
		TARJETA DIPLOMATICA		
			NÚMERO	4835859

II. Datos del médico tratante.

Nombre y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BONDROQUEZ GONGORA		
Registro médico:	01-13330-87	E. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:	03/03/2017	F. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	06/03/2017

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO O ISQUEMICO

IV. Salud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	PREVENCION	UNICO	1	30

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayan

FECHA 04-7-2017

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 881781

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Ruedas Plegable con desarmabrazos Removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Jorge Enrique Bolaños
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RG ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4638859
 DIRECCION Venado aguas frescas CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3117598865 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Marco Omar Torres R
 Número documento de identidad 76 310 044
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular 313 736 7035
 Parentesco con el Paciente varno


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Yaniel Villanueva
 Número documento de identidad 34585539
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular 8374435
 Entidad Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006424

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POHAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

DC.Nro	Of.Nro	Docto.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

EN LETRAS: UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Paciente: PACIENTE: CASTRO VERONICA ID: 25599116

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
Numero para facturacion No. 50000407697

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 8898014

Fecha de entrega: 23/03/2017 10:51:53 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ASMET SALUD ESE-062 CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)
 VITAL MEDICA S.A.S
 NOMBRE: CRA 6A # 18AN - 59
 DIRECCION: CAUCA
 DEPARTAMENTO: 6374435
 NIT: 002028138
 CODIGO: 802028138119
 MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTRO		VERONICA	
Tipo Documento	CC	Numero	25699118
EDAD	85 A	SEXO	FEMENINO
Tipo Usuario	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	18/03/1932
DIRECCION	B/ EL JARDIN	No CARNE	6204895468
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CUBRE ELECTRONICO		TELEFONO	3138849171
		MUNICIPIO	PATIA

SERVICIOS AUTORIZADOS
 COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 383993
 MOTIVO AUTORIZACION
 DIAGNOSTICO CODIGO DESCRIPCION SERVICIO AMBULATORIA

PRINCIPAL \$720 FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

CODIGO CANTIDAD DESCRIPCION
 419468 1 SILLA DE RUEDAS EN ALUMINIO AJUSTABLE -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA CONSULTA EXTERNA
 CAMA NO APLICA
 NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN 6247061
 FECHA SOLICITUD 15/03/2017 14:36:58

PAGOS COMPARTIDOS

*Sólo Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valorado por EPS
 COPAGO \$0 VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 368.600

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA VIVIANNE ANDREA HURTADO MENEZ TELEFONO (2) 6312000
 CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

FA-5259
 FU-6424

02-3130

PLAN DE MANEJO EXTERNO

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

UNIVERSIDAD DEL ESTADO
DE SUCRE

Carretera a Popayán, mejoramiento en salud

NIT: 891580002

Carrera 5 No. 10N-142 Tel. 8234508
hmadia@hospitalsanjose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
08/03/2017 05:34:03 p.m.	20	875489
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
VERONICA CASTRO		84 Años \ 11 Meses \ 21 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25599116	3122A	7320-7 - ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total ítems: 5

RODRIGUEZ GONGORA FRANCISCO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Firma Digitalizada

Informe reporte : HCRPreporteDBase

Página 5/5

19451213

RODRIGUEZ GONGORA FRANCISCO NIT [891580002-5]



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: **Popayán**

Fecha de elaboración: **22/03/2017**

Atención Ambulatoria: **X**

1. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: **Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutua la Esperanza"**

Número del Acta: **CAU-2017-03-22-04**

Atención Hospitalaria:

TPO DOCUMENTO	VERONICA			CASTRO	
	RC	TI	CC	NÚMERO	25599116
	CE	PASAPORTE	X		
			TAQUETA DIPLOMATICA		

II. Datos del médico tratante.

a. Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONZALEZ		
b. Registro médico:	01-13330-07	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
d. Fecha de solicitud:	08/03/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	16/03/2017

II. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO
	S720	FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR

III. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SELA DE RUEDAS EN ALUMINIO AJUSTABLE	PREVENCION	UNICO	1	1

anexa Permision o Factury
no hay nada q. homb. de este
paciente

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2018
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 03-28-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 8898014

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de buedas mataria Plegable con descansabrazos Removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Veronica Castro
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 25599116
DIRECCION B/ El Jardin CIUDAD Popayan
TELÉFONO 3136567943 ENTIDAD DE SALUD Asmef Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

consuelo Londoño Beltrán
consuelo Londoño Beltrán
consuelo Londoño Beltrán
consuelo Londoño Beltrán
consuelo Londoño Beltrán
Nuara



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Luis V. Villanueva
34565534
03-28-2017 4:37 pm
8374435
Vital Médica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006423

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POZAFAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
COJIN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS	10	1	UND	1,102,040.00	0.00	1,102,040.00	0.00

Subtotal	:	1,102,040.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	27,551.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,074,489.00

Letras : UN MILLON SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MCTE.

Paciente: AMU SANCHEZ MARIA ELSI ID: 34512363

Si no se paga esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
Numeracion para facturacion No. 50000407697 (Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8489714

Fecha de entrega: 16/02/2017 11:42:36 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 15AN - 59
CAUCA
8374435

NIT:

802028130

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AJAJ	SANCHEZ	MARIA	ELSI
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
63 A	34512363	20/10/1963	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	
CRA 10 NO 1 - 09 B/ LA ESMERALDA	FEMENINO	8206263825	
CAUCA		NIVEL SISBEN	
		NO APLICA	
		TELEFONO	
		3127971471	
		MUNICIPIO	
		CORINTO	

SERVICIOS AUTORIZADOS

ACTIVO AUTORIZACION	TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	DESCRIPCION		
0824	CUADRIPLERIA ESPASTICA		
189X	ULCERA DE DECUBITO		
CANTIDAD	DESCRIPCION		
1	COJIN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS		

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO NO APLICA

CAMA

NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6025353

FECHA SOLICITUD

13/02/2017 17:23:13

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor compartido por EPS
COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ

TELEFONO

(2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA-5258
FV-6428

OC-3122

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las IPS Autorizadas. Validez 90 días
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
ASMET SALUD EPS-S

PLAN DE MANEJO EXTERNO

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

 ESPERANZA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

NIT: 891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508

amaci@hospitalsanjose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
14/10/2016 11:16:46 a.m.	18	835005
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
MARIA ELSI AMU SANCHEZ		52 Años \ 11 Meses \ 25 Dias
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
34512363	422	ESTANCIA MEDICO QUIRURGICA
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION		
CO/JN ANTIESCARAS NEUMATICO PARA SILLA DE RUEDAS DE ADULTO, TIPO CELDAS EN PANAL DE ABEJA # 1 UNO		

Total Items: 3



CONGORA FRANCISCO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

Firma Digitalizada

Pagina 3/4

Nombre reporte : HCRPreporteDBase

SERVICIO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAMFT-001-V
Fecha: 29- Octubre - 2010
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayán

FECHA 03-30-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9409714

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	GARANTÍA EN MESES
<u>Caja Antiescurus</u>	<u>1</u>	<u>.</u>

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Maria Elsi AMU
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 34512363
DIRECCIÓN La Esmeralda CIUDAD Popayán
TELÉFONO 3124212093 ENTIDAD DE SALUD Almédica

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

Patricia Rodríguez Otero
34516279 p.d. Oyada (c)
30 de marzo 3:30 pm
318 2936176
Amiga


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Juan Villanueva
34565539
0324435
U. Almédica


FIRMA Y HUELLA



V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos
 CONCORDANDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA AFIRMA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1995 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA MIENTRE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR: PACIENTE FEMENINA DE 84 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR, EN BOM ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, REQUIERE PARA SU REHABILITACIÓN CAMINADOR, PARALES RESECHABLES Y SILLA DE RUEDAS.

Verificación de criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
La compra, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La prestación de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclinico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expreses del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con detrimento de la pervivencia en condiciones dignas?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea el excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede deducirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	X	
Se evalúa la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el carácter de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario?	X	

VI. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

II. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISOL LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA	
Numero:	V -006429
Fecha : 2017-MAY-09	
Pagina: 01 de 01	

REPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

PERMAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Dto.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	887,142.00

VALOR: OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

PACIENTE: CERON VELEZ EUGENIO ID: 4608661

Si no se paga de recibo esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización	9168075	Fecha de entrega:	18/04/2017 05:17:34 PM
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	ASMET SALUD ESS-062	CODIGO ESS062	
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)	NIT	802028133
VITAL MEDICA S.A.S		CODIGO	802028130119
CRA 6A # 18AN - 59		MUNICIPIO:	POPAYAN
CAUCA			
8374475			

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CERON	VELEZ	EUGENIO	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
76 A	4808661	09/03/1941	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	8205342440
B/ ALFONSO LOPEZ	MASCULINO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CAUCA		TELEFONO	3216137766
		MUNICIPIO	POPAYAN

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC:	393074	SERVICIO	AMBULATORIA
---------------------------	------	--------	----------	-------------

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
1202104	1	COLCHON ANTIESCARAS CB

Edad del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA

ORIGEN DE SOLICITUD

6458190

CONSULTA EXTERNA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

18/04/2017 15:09:31

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Revisado por EPS
CARGO \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 188.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA
CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO (2) 8312000

EA-5257
FR-6429

02-3142

EA-5257

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-PT-001-V
Fecha: 20 - Diciembre - 2010
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 04-22-2012

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>colchon Antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Eugenio Caron
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4608661
 DIRECCION B/Afonso Lopez CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3103808258 ENTIDAD DE SALUD

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Dixaney Caron Helendez
 Número documento de identidad 25272712
 Fecha y Hora de recibido 04-22-2012
 Teléfono fijo / Celular 3103808258
 Parentesco con el Paciente Hijo



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles Jaime Villanueva
 Número documento de identidad 31565539
 Fecha y Hora de recibido 04-22-2012
 Teléfono fijo / Celular 9324435
 Entidad Vitalmedica



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-44-13-189

Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 18/04/2017
 Servicio Ambulatorio: X
 Motivo de identificación del usuario:

ISRAEL		LOPEZ		CHILITO
RC	TI	CC	NÚMERO	10695585
		X		
CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

Nombre y apellidos

KATHERINE PAOLA JARABA PINTO			
7101368	c. Especialidad:		NA
06/04/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:		10/04/2017

Diagnóstico del caso objeto del estudio.

CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
M059	ARTROSIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION

Diagnóstico CE 10 que Motiva la solicitud:

Solicitud de la tecnología en salud no POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
NA	NA	NA	NA	NA	NA

Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
INSULINA ADVANCE LATA POR 400G SABOR A FRESA CON CUBIERTA DOSEADORA EN POLIPROPILENO DE ALTA DENSIDAD	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	15	60

La evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos
REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CALLES

...de criterios de evaluación y autorización.

...definición de criterios de evaluación y autorización.

Verificación de criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
El uso, elevación o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La incorporación de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o desvirtuado las posibilidades técnicas y científicas para el diagnóstico, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin haberse revelado como lo paradójico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de praver u observar reacciones adversas e intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, sustitutivo, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada?	X	

16. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones
de los PDS definidos en la Sentencia T160 de 2014

Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expreses del PCS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con detrimento de la pervivencia en condiciones dignas"	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el PDS y que lo sustituya, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede ser respaldado por historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesite, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTCG, en principio prevalece el primero"	N/A	X
Se alega la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

III. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Protocolo en Salud Aprobada	X	
Protocolo en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Protocolo en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

X. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
CIBULA DE CIUDADANIA 7593210
Registro Médico RM/19402697
Representante EPS

ERMISUELEGARDA
CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006431

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

POREYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro
OV.Nro
Dcto.Alt
Moneda
PESOS

Descripcion

Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
10	1	UND	1,330,000.00	0.00	1,330,000.00	0.00

COJIN ROJO (ANTIESCARA)

Subtotal	:	1,330,000.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	33,250.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,296,750.00

Valor Letras: UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.

Operacion: PACIENTE: BECOCHE PECHENE HENRY ID: 76322200

VITAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización: 8829991 Fecha de entrega: 15/03/2017 01:38:53 PM
 RESPONSABLE DEL PAGO: ASMET SALUD ESS-062 CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)
 VITAL MEDICA S.A.S
 CRA 6A # 18AN - 59
 CAUCA 8374435
 NIT: 802828138
 CODIGO: 802828138119
 MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BECCOCHÉ	PECHENE	HENRY	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
41 A	76322200	10/04/1975	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	6304640249
B/ACEN GUSTAVO RESTREPO LOT 95	MASCULINO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
CAUCA		TELEFONO	3207208142
		MUNICIPIO	POPAYAN

SERVICIOS AUTORIZADOS

TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	DESCRIPCION	
T08X	FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVEL NO ESPECIFICADO	
S141	OTROS TRAUMATISMOS DE LA MEDULA ESPINAL CERVICAL Y LOS NO ESPECIFICADOS	
CANTIDAD	DESCRIPCION	
1	COJIN ROJO (ANTIESCARA)	

Condición del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

NO APLICA
 CAMA
 FECHA SOLICITUD: 13/03/2017 08:19:14
 MEDIO DE SOLICITUD ORIGEN: 6221501

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.
 VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS: \$ 388.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

PROFESIONAL NO POS DPTAL
 CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ
 TELEFONO: (2) 8312000
 1A-5292
 7R-1012
 7U-6431

EA. 5140
 TC Medica
 \$ 750000
 Pde factura

EA-5292
 7R-1012

<http://172.16.1.71/rehabilitar/index1.php?opcion=historia&identifica..>

REHABILITAR

Medicina Fisica -Rehabilitación -Electrodiagnostico -Rehabilitacion Cardiaca -Osteodensitometria

LUIS GONZALO ROSAS

MEDICO FISIATRA

Registro medico: 5375/85

HENRY BECOCHE PECHENE

Ceja antiescaras tipo Roth

DX: TRM Asia

CC: 76322200 2017-03-07 14:26:11

 **DINAMITAS S.A.**
Luis Gonzalo Rosas Rosas
Médico Fisiatru
RM 5375/85

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Papayan Colombia

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2010
V: 03 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 04-19-2017

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **8824991**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>lejen bolto antiescaras</u>	<u>1</u>	<u>.</u>

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Henry Bacocho
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 76322200
DIRECCION B/ Ance Gustavo Restrepo CIUDAD Popayan
TELÉFONO 3207208142 ENTIDAD DE SALUD Asmaf salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

Lucila Beeche
25.281.925
320 683 00 09
ex mujer.



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Lucia Villanueva
34501539
04-19-2017
8324435
Vitalmedica



FACTURA DE VENTA
Numero: V - 004432

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
BOGOTAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805018138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
COJIN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS	10	1	UNO	1,102,040.00	0.00	1,102,040.00	0.00

Subtotal	:	1,102,040.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	27,551.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,074,469.00

Letras: UN MILLON SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MCTE.

Remision: PACIENTE: MOSQUERA MOSQUERA ELISA ID: 34446018

[Handwritten signature]
[Stamp: VITAL MEDICA SAS]

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2616 al V - 10000

(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización: 9054569 Fecha de entrega: 07/04/2017 01:31:25 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-662	CODIGO: ESS062
INFORMACION DEL PRESTADOR		(Autorizado)	802028138
NOMBRE:	VITAL MEDICA S.A.S	NIT:	
DIRECCION:	CRA 5A # 18AN - 59	CODIGO:	802028138119
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYAN
TELEFONO:	8374435		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOSQUERA	MOSQUERA	ELISA	
TIPO DOCUMENTO	CC	FECHA NACIMIENTO	23/08/1982
EDAD	34 A	No CARNE	19023394
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
DIRECCION	CONTADOR	TELEFONO	
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	MERCADERES
CORREO ELECTRONICO			

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC:	389212	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION			
KT34274	1	QUIN ANTIESCARIAS PARA SILLA DE RUEDAS			

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO	NO APLICA	CANA	NO APLICA
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	6356850	FECHA SOLICITUD	31/03/2017 12:32:22

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS	VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS	\$ 368.900
COFAGO \$ 0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA	VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ	TELEFONO	(2) 8312000
CARGO	PROFESIONAL NO POS DPTAL		

[Firma manuscrita]

EA-5281

TV-6432

01-3123

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las IPS Autorizadas. Validez 90 días.

Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
Sistemas ASMET SALUD EPS-S

REHABILITAR

Medicina Física -Rehabilitación -Electrodiagnostico -Rehabilitación Cardíaca -Osteodensitometría

CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ

MEDICO FISIATRA

Registro médico: 211488

CC: 34446018 2017-03-23 15:29:12

Ella Mosquera

CONTINANTIESCARAS PARA LA SILLA DE RUEDAS

DX: CUADRIPLASIA ESPASTICA DE CUSTODIA
ESCARA SACRA


REHABILITAR
Carlos Eduardo Cruz L.
MEDICO FISIATRA
R.M. 211488

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Popayan Colombia



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 31/03/2017

Atención Ambulatoria: X

Atención Hospitalaria:

Entidad Receptor: Aseel Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-43-31-137

Atención Hospitalaria:

Nombre y apellidos	ELISA			MOSQUERA	MOSQUERA
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	3446018
			X		
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMÁTICA		

I. Datos del médico tratante.

a. Nombre y apellidos:	CARLOS EDUARDO CRUZ		
b. Registro médico:	2114/86	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
d. Fecha de solicitud:	23/03/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	31/03/2017

II. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	G800	PARALISIS CEREBRAL TISIASICA

IV. Solidez de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
COJIN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACIÓN	UNICO	1	1



V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CADA APROBADA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SI CON LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZANDO EL CASO SE JUSTIFICA TENIENDO EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO-PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICO CON ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE EL SNC CON CUADRIPLAJÍA CON CUSTODIA DE 8 AÑOS DE EVOLUCIÓN SE ORDENA SILLA DE RUEDAS, CON ANTESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUBSTITUIRLA, CON ANTESCARAS SE AYUDAN A CONSEGUIR LA POSICIÓN ÓPTIMA EN SEDEACIÓN, APORTANDO ESTABILIDAD POSTURAL Y UNA REDISTRIBUCIÓN ÓPTIMA DE LA PRESIÓN, FACILIDAD DE USO Y

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización

	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías incluidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclinico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de evaluar u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, estético, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014

	SI	NO
"La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentra incluido en el POS y cumple al estándar, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede atribuirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que el existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, un principio prevalece el primero"	N/A	X
"Se colige la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presume ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

VIII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IX. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
Registro Médico RM/19402697
Representante EPS

ERMISUL LOGANDA
CEDULA DE CIUDADANIA 10527570
Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006433

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POBRYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028118 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion

COLCHON ANTIESCARAS OB

Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva
10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

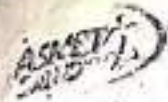
Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

en Letras: OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Atencion: PACIENTE: MUNOZ DAZA CARLOS YESID ID: 1061702712

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeracion Rehabilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8921851

Fecha de entrega: 24/03/2017 03:03:40 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ASMET SALUD ESS-082

CODIGO: ESS082

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S
 DIRECCION: CRA 6A # 18AN - 58
 DEPARTAMENTO: CAUCA
 TELEFONO: 8374435

NIT: 80028138
 CODIGO: 80028138118
 MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MUNOZ	DAZA	CARLOS	YESID
TIPO DOCUMENTO	CC	FECHA NACIMIENTO	22/07/1986
BOAD	30 A	No CARNE	19144289
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
DIRECCION	87 POPULAR	TELEFONO	3147946700
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	PATIA
CORREO ELECTRONICO			

MOTIVO AUTORIZACION

TUTELA NO POS

SERVICIOS AUTORIZADOS

SERVICIO

AMBULATORIA

DIAGNOSTICO

CODIGO

DESCRIPCION

PRINCIPAL

G128

OTRAS ATROFIAS MUSCULARES ESPINALES Y SINDROMES AFINES

RELACIONADO 1

G824

CUADRIPLERIA ESPASTICA

CODIGO

CANTIDAD

DESCRIPCION

V.T.2012104

1

COLCHON ANTESCARAS DE

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO

NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6170540

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

08/03/2017 09:53:26

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verificar y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de cópago establecidas en la circular 916 de 2014".

Valor recaudado por EPS
 COPAGO \$ 0

VALOR MÁXIMO TOPE EN PESOS

\$ 300,000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

MONICA ALEJANDRA VELOSA ORTIZ

TELEFONO (2) 8312000

CARGO COORDINADOR DEMANDA DE SERVICIOS OPTAL

EA-5280
 FV-6433

013126

EA-5280

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las EPS Autorizadas. Validez 50 días
 Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
 AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
 Sistemas ASMET SALUD EPS-S

3216459229
 3207661526



ODONTOMEDICA DEL PATIA S.A.S.

Carrera 2ª N° 4 - 40 Tel: 8262277 - 8261558 Cel: 320 689 9295
El Bordo - Cauca NIT: 900387870 - 7

RECETARIO

EMPRESA	Asmet Salud	FECHA			TIPO DE VINCULACION		CODIGO DIAGNOSTICO			
		DIA 6	MES 3	AÑO 17	A	B				
NOMBRE		Carlos Muñoz		N° De Identificación 1061702712						
MEDICAMENTOS E INDICACIONES					CANTIDAD FORMULADA		CANTIDAD ENTREGADA			
					N°	LETRAS				
colchon Antiecaros.					1	uno				
Firma del Médico					Registro		Recibí Conforme			
Jaime Herli Médico Ge Registro: 521					Sura		N° de Identificación			

VALIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

ODONTOMEDICA
DEL PATIA.SAJ

JUSTIFICACION DE ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCION NO POSS/ O SERVICIO
EXCEPCIONAL DE SALUD

CAUCA

MUNICIPIO :

DD

6

MM

3

PATIA

AA 2017

2017

DATOS IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1 APELLIDO

MUÑOZ

2 APELLIDO

1 NOMBRE

CARLOS

2 NOMBRE

CC

X

TI

RC

NRO

1.061.702.712

CODIGO CIE10

PROXIMAMENTE
IDENTIFICACION
DIAGNOSTICO

MEDICO
ESPECIALISTA
TRATANTE

NOMBRE

JAIME PAZ

ESPECIALIDAD

MEDICO GENERAL

CC

REGISTRO
MEDICO

521808

IPS
SOLICITA

ODONTOMEDICA

DESCRIPCION DEL CASO

PACIENTE QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU AUTO CUIDADO

se ha utilizado y agotado las posibilidades terapeuticas de ACTIVIDADES
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES NO POSS Y/O SERIOS EXCEPCIONAL
DE SALUD

SI () CUAL ?

NO ()

DESCRIPCION LAS CONTRATACIONES O INDICACIONES EXPRESAS PARA NO UTILIZARLAS O LA NO AFECTIVAS DE LOS DE LOS MISMO

ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO E INTERVENCION DEL POSS QUE SE ASIMILA AL
NO POSS Y/O SERVICIO EXCEPCIONAL DE SALUD SOLICITADO

NO EXISTE ANOLOGO POSS

ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO E INTERVENCION NO POSS Y/O SERVICIO
EXCEPCIONAL DE SALUD SOLICITADO

COLCHON ANTIESCARAS

SOPORTE CIENTIFICO DE SU SOLICITUD

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES

FIRMA DEL SELLO DEL MEDICO ESPEC+ A18: K421ALISTA TRATANTE

Jaime Paz
521808

Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE PATIA
EL BORDO-CAUCA
FAX - 8262327

El Bordo Cauca, seis (06) de Marzo del dos mil quince (2015).

OFICIO No. 153


Señora:
Deisy Liliana Muñoz Daza
Dirección: Barrio Versalles de Patia- cauca
Celular: 310-217-4813
El Patia, Cauca

Cordial Saludo,

Para efectos de su **NOTIFICACIÓN** y fines legales pertinente, a continuación me permito transcribir la parte resolutive del fallo de tutela calendado en la presente fecha, dictado dentro de la **ACCIÓN DE TUTELA** Instaurada por Usted como agente oficiosa del señor Carlos Yesid Muñoz Daza, en contra de **ASMET SALUD EPS** y la **SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA** (vinculada de oficio), por la presunta vulneración del derecho fundamental y constitucional a la Salud y a una Vida Digna que en su parte resolutive textualmente dice:

"JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE PATIA.-EL BORDO-CAUCA.-El Bordo Cauca, seis (06) de Marzo de dos mil quince (2015)... RESUELVE: PRIMERO.- DECLARAR IMPROCEDENTE la presente acción de tutela interpuesta por la señora Deisy Liliana Muñoz Daza, quien actúa como agente oficiosa de su hermano, Carlos Yesid Muñoz Daza **contra ASMET SALUD EPS - S y la SECRETARIA DEPARTAMENTAL DEL SALUD DEL CAUCA, por CARENCIA ACTUAL DE OBJETO por HECHO SUPERADO**, de conformidad con las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.**SEGUNDO.-Ordenar a ASMET SALUD EPS - S,** que la prestación del servicio de salud, al joven **Carlos Yesid Muñoz Daza**, Identificado con cedula de ciudadanía No 1061702712 en el manejo de su patología **"ATROFIA MUSCULAR ESPINAL "** será de forma Integral, en atención a la parte considerativa del presente fallo. **TERCERO.-NOTIFICAR**, esta Sentencia a las partes por telegrama o por cualquier otro medio de comunicación, previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.**CUARTO.- DISPONER** la remisión del expediente ala H. Corte Constitucional para su eventual revisión en caso de que la presente providencia no fuere impugnada. **COPIESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE...** El Juez (Fdo). **GUSTAVO ADOLFO MEDINA CAMPO."**

Atentamente


ODEL MARINO MONDRAGÓN IBARRA
Secretario



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: 02-138-1
Fecha: 04-25-2017
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayan FECHA 04-25-2017 CONSECUTIVO No. 8921851

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
colchon Antiescaras	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Carlos Nasid Muñoz
IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 1061202212
SECCION B1 Popular CIUDAD Popayan
TELÉFONO 3216459229 ENTIDAD DE SALUD Asmat-Salud

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Yo, la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Deisy Liliana Muñoz Daza
Número documento de identidad 38 669634
Fecha y Hora de recibido 04-25-2017 10 am
Teléfono fijo / Celular 320 7661526
Relación con el Paciente Hermana

FIRMA Y HUELLO

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles Guilherme Villanueva
Número documento de identidad 30765530
Fecha y Hora de recibido 04-25-2017
Teléfono fijo / Celular 8374435
Empresa Vitalmedica

FIRMA Y HUELLO

FACTURA DE VENTA	
Numero: V	-006434
Fecha: 2017-MAY-09	
Pagina: 01 de 01	

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

191580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ
POHAYAG

Forma de Pago		Fecha de Vencimiento	
CREDITO 30 DIAS		2017-JUN-09	
Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS			
OC.Nro	OV.Nro	Octo.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Pte 2.50%	:	22,179.00
Rte Pte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

Letras: OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Paciente: PACIENTE: CABRERA DAVID DAVID ALEXANDER ID: 1059534076

Después de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)

Asmets Salud con su proveedor: "Esperanza"
NIT: 817000248-3
Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-4 - Sector la Estancia
Página Web: <http://www.asnetsalud.org.co>
Autorización de servicios No 8927433

Teléfono (2) 8312000

Página 1 de 1

24

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8927433

Fecha de entrega: 28/03/2017 01:10:55 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASNET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE:
DIRECCION:
DEPARTAMENTO:
TELEFONO:
VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8374435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CABRERA	DAVID	DAVID	ALEXANDER
TIPO DOCUMENTO	TI	FECHA NACIMIENTO	28/08/1998
17 A	SEXO	No CARNE	19469994
SUBSIDIADO	MASCULINO	NIVEL SISBEN	NO APLICA
8/ EL BOSQUE		TELEFONO	8460482
CAUCA		MUNICIPIO	MERCADERES

SERVICIOS AUTORIZADOS:
MOTIVO AUTORIZACIÓN: COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 386106 SERVICIO: AMBULATORIA

CODIGO: V.T.2012184 CANTIDAD: 1 DESCRIPCION: COLCHON ANTIESCARAS DB - -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN: 6290995

CONSULTA EXTERNA
CAMA: NO APLICA
FECHA SOLICITUD: 22/03/2017 17:10:56

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Valor acordado por EPS

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 368.900

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

CARGO: PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA-5279
FV-6434

128-

28/03/2017
A VIVIANNE HURTADO JIMENEZ
22/03/2017

(2) 8312000

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2018
V. 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 04-22-2017

CONSECUTIVO No. 8927433

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

8927433

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
colchon Antiascamas	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO David Alexander Cabrera
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☐ PA ☐ TI ☒ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 1059534076
 DIRECCION 8/EI Bosque CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3122087882 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Pada Cabrera D
34445489
22-04-2017
3122087882
Madre



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Josely Villanueva
34565539
04-22-2017
8374435
Vittalmedica



Entidad Recobradora: Apsrei Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-23-5

Atención Hospitalaria:

United States

Fecha de elaboración: 23/03/2017
Ambulatoria: X

Atención Ambulatoria: ☒

Código de identificación del usuario	
Nombres y apellidos	

TIPO DOCUMENTO	DAVID		ALEXANDER	CABRERA	DAVID
	RC	TI	CC	NÚMERO	1090534076
		X			
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

...del médico tratante.

Nombre y apellidos:		CARLOS CUELLAR QUINTERO	
Especialidad:		HEMATOLOGIA	
Fecha de radicación de la solicitud al CTC:		23/03/2017	

Fecha de solicitud:	
Diagnóstico del caso objeto del estudio.	CO

Diagnóstico del caso clínico	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
Depresión CE 15 que Motiva la...	D500	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PÉRDIDA DE SANGRE (CRÓNICA)

Y, ¿cómo de la tecnología en salud no POS

Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre DCI e Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador					
No. de Registro	Forma	No. de Dosis/Día	Cant.		

Nombre de DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. de Dosis Día	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Procedimiento NO incluido en el POS						
NOMBRE	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
				B M 353Z		
				OFTOPEDISTA - TRAUMATOLOGO	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Contrapoder Administrativo si lo tiene	Cantidad Autorizada	Flujo
<p>1. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Contrapoder Administrativo si lo tiene</p> <p>2. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Contrapoder Administrativo si lo tiene</p>		

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente con el código administrativo de la BOMBA DE IRRIGACION	Cantidad autorizada	Tiempo Total
INTERFERENCIA RADIOFRECUENCIA, SHAVEN, KIT PARA RODILLA	N/A	N/A
MATERIAL SUTURA PARA MENISCOS, TORNILLOS DE	N/A	N/A
IZQUIERDA		
DX LESION DE MENISCOS		

Dispositivos Médicos, Insumos e Exclusiones del POS

[illegible]

QUIROFANO CASALUD S.A.S.
NIT: 800.222.727-0

TEL: (4) 8312000

Página Web: <http://www.asmetasud.org.co>

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

El soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS. El CTO DEPARTAMENTAL CALCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTREN EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REDIMPLAZARLA O SUSTITUIRLA. ANALIZADO EL CASO DE JUSTIFICACIÓN A PACIENTE 17 AÑOS DE EDAD CON LEUCODISTROFIA DE KRABBE, EN ESTADO TERMINAL, CON ANEMIA SEVERA, NO SE DESCARTA ÚLCERA PÉPTICA, CON RIESGO A ESTAR LARGOS PERIODOS DEL DÍA O INCLUSO EL DÍA COMPLETO ENCAMADO. EN ESTOS CASOS ES NECESARIO TOMAR CIERTAS PRECAUCIONES PARA EVITAR LA APARICIÓN DE ÚLCERAS (ÚLCERAS POR PRESIÓN).

IV. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	SI	NO
La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?	X	
Existen un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?		X
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresadas del POS definidos en la Sentencia T-660 de 2014	SI	NO
"La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo regulara, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atienda la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	N/A	N/A
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y cumple al excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	N/A	N/A
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	N/A	N/A
"Se corrobora la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	N/A	N/A

Nombre Médico Especialista: *[Firma]*
 Nombre Instrumentador (A) Usuario: *Adriano N. Orjuela*
 Nombre Instrumentador (A) Proveedor: *[Firma]*
 Decisión del Comité: *[Firma]*

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006435

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 1 ESQ
KORAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Doc.Alt	Moneda
			PESOS

descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	887,142.00

Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Paciente: CALDERON FELIX LUCIANO ID: 10525212

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Numeracion para facturacion No. 50000407697 fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8535243

Fecha de entrega: 17/02/2017 03:28:06 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS012

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8374435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CALDERON		FELIX	LUCIANO
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
58 A	10525212	15/03/1960	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	
CARRERA 12 NO. 12N-32 SAN IGNACIO	MASCULINO	6215343711	
CAUCA		NIVEL SISBEN	
		NIVEL 1	
		TELEFONO	
		3183953728	
		MUNICIPIO	
		POPAYAN	

SERVICIOS AUTORIZADOS

ACTIVO AUTORIZACION COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 372478 SERVICIO AMBULATORIA

DIAGNOSTICO CODIGO DESCRIPCION
PRINCIPAL Z723 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO

CODIGO CANTIDAD DESCRIPCION
67202104 1 COLCHON ANTIESCARAS OB -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO NO APLICA

CAMA NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN 6023143

FECHA SOLICITUD 13/02/2017 14:19:26

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 015 de 2014".

Formas de pago por EPS

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 388.900

COBRO \$ 0

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELÉFONO (2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

FV-6435
IA-5278

[Handwritten signature]

ce-3124

IA-5278

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las IPS Autorizadas. Validez 90 días
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
COORDINADOR RED DE SERVICIOS
ASMET SALUD EPS-S

PLAN DE MANEJO EXTERNO

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

ESTABLECIMIENTO SOCIAL DEL ESTADO
ESTADUAL

Atención y promoción mejoramiento de salud

NIT: 691580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508
atencia@hospitalsanjose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
08/02/2017 07:03:08 p.m.	559	858769
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
FELIX LUCIANO CALDERON		66 Años \ 10 Meses \ 24 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
10525212	UCI23	UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO # 1 UNO

Total Items: 6

RODRIGUEZ GONGORA FRANCISCO

1333087

RECIBI

ENTREGUE

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

19451213

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Código: 2017-02-17-162

Fecha de elaboración: 17/02/2017

Atención Ambulatoria: X

1. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: Aamel Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-02-17-162

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos	FELIX		LUCIANO		CALDERON	NÚMERO	10525212
	RC	TI	CC	X			
TIPO DOCUMENTO	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA				

2. Datos del médico tratante.

Nombres y apellidos:		FRANCISCO FERNANDO BORGORQUEZ GONZALEZ	
Registro médico:		01-13330-87	1. Especialidad:
Fecha de solicitud:		06/02/2017	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
II. Diagnóstico del caso objeto del estudio.		2. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	13/02/2017

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	Z72.3	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FÍSICO

III. Solución de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO Incluidos en el POS

Nombres en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos Incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombres en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO Incluido en el POS

Nombres	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos Incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombres	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombres	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
CULCHON ANTIESCARAS OS	PREVENCION	UNICO	1	30



V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTO DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN ESTA ACTA; AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTRUCCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR PACIENTE MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD CON UN DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, NEUMONÍA BACTERIANA, TRAUMA RAQUIMEDULAR, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, PARAPLEJIA, CON VENTILACIÓN MECÁNICA, TITULACIÓN DEFICIENTE DE AUTOCUIDADO, EN ESTAS CONDICIONES AMERITA CANAL HOSPITALARIA, COCINON ANTI-ESCARAS, PAÑALES DESHECHABLES.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

	SI	NO
La elección o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o percibir un beneficio satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, sustitutorio, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestado en el exterior?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

	SI	NO
VII. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T150 de 2014		
La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atiende la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y equivoque, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede estarlo claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	X	
Se califica la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el artículo de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario?	X	

VIII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IX. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402597
 Representante EPS

ERMISUC LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518301
 Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA	
Numero:	V -006436
Fecha : 2017-MAY-09	
Pagina: 01 de 01	

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 891580016-8 Codigo: 891580016
 C.C.:
 CI 4 CR 7 ESQ
 POPAYAN

Forma de Pago		Fecha de Vencimiento	
CREDITO 30 DIAS		2017-JUN-09	
Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS			
OC.Nro	OV.Nro	Dcto.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Paciente: BAMBAGUE DE PATINO GEORGINA ID: 30012021

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2616 al V - 10000
 (Firma y Sello)

PLAN DE MANEJO EXTERNO

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

CLINICA GENERAL DEL ESTADO
POPAYAN

NIT:891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508
atencion@hospitalsanJose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
22/03/2017 09:21:39 p.m.	55	877656
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
GEORGINA BAMBAGUE DE PATIÑO		76 Años \ 2 Meses \ 14 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
30012021	3081B	7320-6 - ESTANCIA GENERAL QUIRURGICA

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total items: 6



FRANCISCO GONGORA FRANCISCO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Firma Digitalizada

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

Página 5/6

19451213

EMISOR: (HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN) NIT [891580002-5]

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmotel Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-04-04-166

Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 04/04/2017
 Atención Ambulatoria: X
 Datos de identificación del usuario:

Nombres y apellidos	GEORGINA				
	RC	TI	CC	BAMBAGUE	DE PATIÑO
	CE	PASAPORTE	X	NÚMERO	30012021
			TARJETA DIPLOMATICA		

Datos del médico tratante:

Nombres y apellidos:				FRANCISCO FERNANDO BANCROQUEZ GONGORA	
Registro médico:		01-13330-87	E. Especialidad:		OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:		22/03/2017	E. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:		27/03/2017

Diagnóstico del caso objeto del estudio:

Código CIE 10 que Motiva la solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I635	INFARTO CEREBRAL DEBIDO A OCLUSIÓN O ESTENOSIS NO ESPECIFICADA DE ARTERIAS CEREBRALES

Solicitud de la tecnología en salud no POS

Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
BIELA DE RUEDAS EN ALUMINIO AJUSTABLE	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAMFT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan FECHA 04-24-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9072923

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Ruedas metalica con desansabrazos removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Georgina Bambague
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 30012021
DIRECCION La Salina CIUDAD Popayan
TELEFONO 3219306151 ENTIDAD DE SALUD Asmat salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Martha Yael Patiño C.
Número documento de identidad 1730650352
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente Nieta.



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles Guin Villanueva
Número documento de identidad 34565539
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular 8374435
Entidad Vitalmedica



FACTURA DE VENTA
Numero: V -006437

Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

VITTAL MEDICA SAS
C.R. 891580016-8
Régimen IVA 30
CALLE
89158011

Cliente: DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
Contrato: 891580016-8 Código: 891580016
C.C.:
Dirección: CL 4 CR 7 ESQ
Ciudad: BOYACÁ
Teléfono:
Fax:

Forma de Pago: CREDITO 30 DIAS
Fecha de Vencimiento: 2017-JUN-09
Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS
OC.Nro: OV.Nro: Dcto.Alt: Moneda: PESOS

Descripción	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
SILLA DE R. RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Pte 2.50%	:	26,853.00
Rte Pte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

Valor Letras: UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Observación: PACIENTE: MONTEALEGRE CADAVID JORGE ARTURO ID: 4664213

Después de vencida esta Factura cobraremos Interés de Mora del 0.00% Mensual
Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000
(Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

9169652

Fecha de entrega: 22/04/2017 08:09:31 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

VITAL MEDICA S.A.S

CRA 6A N° 18AN - 39

CAUCA

8374435

(Autorizado)

NIT

802028128

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTEALEGRE	CADAVID	JORGE	ARTURO
TIPO DOCUMENTO	CC	FECHA NACIMIENTO	21/06/1949
EDAD	67 A	No CARNÉ	8205366737
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
DIRECCION	SIN	TELEFONO	
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	TIMBIO
CORREO ELECTRONICO			

MOTIVO AUTORIZACION

COMITE TECNICO CIENTIFICO

SERVICIOS AUTORIZADOS

CTC: 391807

SERVICIO

AMBULATORIA

CODIGO

CANTIDAD

DESCRIPCION

V.7.1243480

1

SILLA DE R/RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV -

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6305444

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

24/03/2017 12:25:47

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Valor recaudado por EPS
COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 358.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO

(2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

TV-6437

EA-5276

01-3191

EA-5276



NT: 891.580.002-5

FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD DE NO POS-(S)

IDENTIFICACION DEL USUARIO

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: JORGE ARTURO MONTEALEGRE CADAVID		SERVICIO: TRAUMATOLOGIA		CAMA:	
FECHA DE SOLICITUD: 13/03/2017	TIPO DOCUMENTO: CEDULA	NUMERO 4664213	EDAD: 67	SEXO: M	INGRESO

DIAGNOSTICOS ACTUALES	COD. CIE 10	COD. CIE 10
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO NO ESPECIFICADA	I612	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO	Z721	

PACIENTE DE 67 AÑOS, PROCEDENTE DE EL TAMBO, CON DX: 1. CRISIS HIPERTENSIVA TIPO EMERGENCIA, CON ORGANO BLANCO CEREBRO, 2. HEMATOMA PARÉNQUIMATOSO EN HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO, 3. HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR IZQUIERDA, 4. ATEROMATOSIS INTRACRANEANA, 5. SINUSOPATIA CRÓNICA CON SIGNOS DE AGUDIZACIÓN POR TAC DE CRANEO, PRESENTA COMO SECUELAS COMPROMISO MOTOR HEMICUERPO DERECHA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION Y DISARTRIA.

EF: PACIENTE ADULTO MAYOR, BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, DESORIENTADO, LENGUAJE ESCASO, PARESIA FACIAL DERECHA, DISARTRIA, HEMIPLEJIA DERECHA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, PIEL SANA.

CONCEPTO: PACIENTE ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE ECV: HEMIPLEJIA IZQUIERDA, DISARTRIA, TRASTORNO DE LA DEGLUCION. QUIERE PARA SU REHABILITACION FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA HOSPITALARIA Y AMBULATORIA, SILLA DE RUEDAS, BASTON DE APOYO EN 4 PUNTOS, PAÑALES DESECHABLES.

DETALLE RESPUESTA:	SI	NO	X
	Cual	Procedimientos NO POS(S)	
		Otro	X

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Objetivo de procedimiento NO POS solicitado.	Tratamiento	Ambulatorio	X	Hospitalario
	Tipo de prestación			Causa de la Repetición
Indicación	Servicios Salud Sucesivos			Recurrencia
Intervención	Servicios Salud Único		X	Complicación
Diagnóstico	Servicios de Salud Único Repetido			Mala Praxis
Tratamiento				Cual
Rehabilitación			X	

RESPONSABLES DE LA ELABORACION		
FRANCISCO BOHORQUEZ GONGORA	T. Profesional: 1333087 - ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
NOMBRE DEL MEDICO	REGISTRO Y ESPECIALIDAD	



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-04-11-139

Atención Hospitalaria:

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 11/04/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario.

Nombre y apellidos	JORGE		ARTURO	MONTEALEGRE	CADAVIO
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	4654213
			X		
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

II. Datos del médico tratante.

Nombre y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHORGUEZ GONZALEZ		
Registro médico:	1330087	Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:	13/03/2017	Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	24/03/2017

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I612	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, NO ESPECIFICADA

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SALA DE R. RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1



Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 NIT: 811000248-3
 Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-46 Sector la Estancia
 Teléfono: (2) 8312002
 Página Web: <http://www.asetmsalud.org.co>

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN PACIENTE 67 AÑOS DE EDAD CON SECUELAS DE ECV, HEMIPLEJÍA IZQUIERDA, DISFASIA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR IZQUIERDA, ATEROMATOSIS INTRACRANEAL, SINUSOPATÍA CRÓNICA CON SIGNOS DE AGUDIZACIÓN POR TAC DE CRÁNEO, PRESENTA COMO SECUELAS COMPROMISO MOTOR MIEMBRO DERECHO, MIEMBRO IZQUIERDO, REQUIERE SILLA DE R. RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
a. El uso, ejecución e realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de probar u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, sustitutorio, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

VI. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
"La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo regula, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o se atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad"		X
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo primario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	X	
"Si colga la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presuman ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

VII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IX. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISUE LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10538501
 Representante USUARIOS

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 25 de Diciembre, 2018
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayán

Fecha Mayo-04-2017

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9169652

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Sello de ruedas metálica plegable con descanso brazos Removibles adulto		1

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Jorge Arturo Montealegre Cadavid
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RG ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4664213
 DIRECCION B/san Carlos calle 18 con Kva-5 CIUDAD Popayán
 TELEFONO 3146557581 ENTIDAD DE SALUD Qsmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Bellaucht Maria Mercedes

Número documento de identidad 386684756

Fecha y Hora de recibido Mayo 04 2017

Teléfono fijo / Celular 3146557581

Parentesco con el Paciente Esposa



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Juan Villanueva

Número documento de identidad 34565539

Fecha y Hora de recibido 04-05-2017

Teléfono fijo / Celular 31474435

Entidad Vitalmedica



VITAL MEDICA SAS
805028138-1
368 59
SALIE
015802

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006439

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

POBAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro

OV.Nro

Docto.Alt

Moneda

PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
COLCHON ANTIESCARAS DB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,961.00

Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Paciente: FERNANDEZ ALCIBIADES ID: 4640690

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Numeracion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2418 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 9014734

Fecha de entrega: 04/04/2017 02:20:43 PM

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR
VITAL MEDICINA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8314425

NIT 802026138
CODIGO 802026138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BERNARDEZ		ALCIBADES	
CC 56 A	NUMERO SEXO 4610090 MASCULINO	FECHA NACIMIENTO 14/06/1960	No CARNÉ 1913010249
SUBSIDIADO		NIVEL SISBEN NIVEL 1	TELEFONO 3155612634
CARRO CAUCA	no tiene correo@gmail.com	MUNICIPIO CAJIBIO	

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 382208 SERVICIO AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
4002010	1	COLCHON ANTIESCARAS 08

Asignación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CAMA	CONSULTA EXTERNA
FECHA SOLICITUD	07/03/2017 16:42:43	NO APLICA	

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN 6186596

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ TELEFONO (2) 8312000

PROFESIONAL NO. 108-748695

EA-5274
RV-6439

EA-5274

CC-3449

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
ENTIDAD SOCIAL DEL ESTADO
INTERVENCION

NIT: 891580002

 Carrera 8 No. 10N-142 Tel. 8234508
 amado@hospitalsanjose.gov.co

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
04/03/2017 03:31:03 p.m.	484	866794
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
ALCIBIADES FERNANDEZ		56 Años 18 Meses 120 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
4640690	UC117	7321-2 - UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO # 1 UNO

Total Items: 7

 FERNANDEZ GONGORA FRANCISCO
 1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

Firma Digitalizada

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

Pagina 5/7

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

REPORTE A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobranter: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutua la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-31-144

Atención Hospitalaria:

Nombre y apellidos:
 Número de identificación del usuario:

TPU DOCUMENTO	ALCIBUDES			FERNANDEZ	
	RC	TI	CC	NÚMERO	4640690
	CE	PASAPORTE	X		
			TARJETA DIPLOMATICA		

Nombre del médico tratante:

Nombre y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONGORA			
Profesión médica:	1333087	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	
Fecha de solicitud:	04/03/2017	d. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	07/03/2017	

Organismo del caso objeto del estudio:

Código DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	
	T013	
	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL	

Salud de la tecnología en salud no POS
 Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre de Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre de Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos NO incluido en el POS

Procedimiento	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Procedimiento	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dispositivos Médicos, Insumos y Exclusiones del POS

Dispositivo Médico	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SOLUCION ANTIESCARAS OS	PREVENCION	UNICO		1

Justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS

La solicitud de la tecnología en salud no incluida en el POS, debe ser justificada por el médico tratante, quien debe demostrar que el paciente cumple con todos los criterios de elegibilidad establecidos en la Resolución 3105 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, y que la tecnología solicitada es necesaria para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin que exista evidencia clínica o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o luego de haber observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.


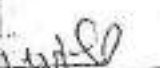
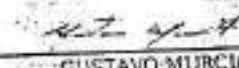
Verificación de los criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
La tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y clínicas de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin que exista evidencia clínica o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o luego de haber observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, sustitutivo, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el extranjero?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones de las tecnologías POS definidos en la Sentencia T160 de 2014.	SI	NO
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con respecto de la pervivencia en condiciones dignas?	N/A	N/A
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y que ofrezca, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	N/A	N/A
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede ser dispensado de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	N/A	N/A
Existe la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el propio de hecho y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se presuman ciertas afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar lo contrario?	N/A	N/A

III. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta o Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IV. Responsables del Comité:

<p> NEIL CABALLERO CEDULA DE CIUDADANIA 7595210 Representante Médico RH/19402897 Representante EPS</p>	<p> HERMISUE LEGARDA CEDULA DE CIUDADANIA 10527578 Representante IPS</p>	<p> GUSTAVO MURCIA CEDULA DE CIUDADANIA 10518501 Representante USUARIOS</p>
---	---	--

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Modelo CAM-FT-001-V
Fecha: 27 de Diciembre - 2018
V. 0.7 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Papayan

FECHA 05-02-2019

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9 014734

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Colchon Antiescaras</u>		<u>1</u>

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Alabiades Fernandez
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4640690
 DIRECCION Cajibío CIUDAD Papayan
 TELEFONO 315 561 7634 ENTIDAD DE SALUD Asma

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Lacey y Fajilla
 Número documento de identidad 25 338 157
 Fecha y Hora de recibido 7-05-2019 4:50pm
 Teléfono fijo / Celular 315 561 7639
 Parentesco con el Paciente Prima


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Yuan Villanueva
 Número documento de identidad 34565539
 Fecha y Hora de recibido 8:34:43
 Teléfono fijo / Celular 011 444 35
 Entidad Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

VITTAL MEDICA SAS
 NIT: 805028138-1
 TEL: 300 59
 FAX: 300 59
 CALLE
 145821

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006440
 Fecha: 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente : DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL	Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS	Fecha de Vencimiento : 2017-JUN-09
Contacto : 891580016-8 Codigo: 891580016		
Nit o C.C. : CL 4 CR 7 ESQ	Vendedor: 805028138	VITTAL MEDICA SAS
Direccion : POZAYAN	OC.Nro	OV.Nro
Ciudad :	Dcto.Alt	Moneda
Telefono :		PESOS
Fax :		

Item	Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
U.T. 71242460	SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

Valor Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: ALVEAR MARTINEZ SALOMON ID: 5243822

Despues de vencida esta factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización		9000595		Fecha de entrega: 17/04/2017 03:38:30 PM	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-302		CÓDIGO ESS062	
INFORMACION DEL PRESTADOR		(Autorizado)			
NOMBRE		VITAL MEDICA S.A.S		NIT	
DIRECCION		CRA 6A # 18AN - 50		CÓDIGO	
DEPARTAMENTO		CAUCA		MUNICIPIO:	
TELÉFONO		8374435		802026138	
				802026138119	
				POPAYAN	
DATOS DEL PACIENTE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
ALVEAR		MARTINEZ		SALDORON	
CC		NUMERO		FECHA NACIMIENTO	
83 A		5243822		12/08/1933	
SUBSIDIADO		SEXO		No CARNÉ	
VILLA DEL SUR		MASCULINO		19050743	
CAUCA				NIVEL SISBEN	
				NO APLICA	
				TELÉFONO	
				MUNICIPIO	
				BALBOA	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
AUTORIZACION		COMITE TECNICO CIENTIFICO		CTC: 387694	
				SERVICIO	
				AMBULATORIA	
CÓDIGO		CANTIDAD		DESCRIPCION	
K15R0488		1		SILLA DE RUEDAS EN ALUMINIO AJUSTABLE -	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA CONSULTA EXTERNA
 CAMA NO APLICA
 NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN 6321513
 FECHA SOLICITUD 28/03/2017 07:37:50

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Contribución por EPS
 COPAGO \$1

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 358.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ
 CÉDULA PROFESIONAL NO POS DPTAL. TELEFONO (2) 8312000

EA-5273
 FU-6440

AE-313A

EA-5273

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE
Carrera 8 No. 10N-142 Tel. 8234800
mailto:atendimento@hospitalsanjose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
21/03/2017 7:40:51 p.m.	18	879493
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
SALOMON ALVEAR MARTINEZ		83 Años \ 8 Meses \ 6 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
5243822	URGCU36	7301-1 - URGENCIAS ADULTOS
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION		

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DISCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total ítems: 5


GONZALEZ GONGORA FRANCISCO 1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD
Firma Digitalizada

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

ciudad Popayán

Fecha de elaboración: 28/03/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario.

Nombre y apellidos	SALOMON			ALVEAR	MARTINEZ
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	5243822
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

II. Datos del médico tratante.

Nombre y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BONDRIQUEZ GONGORA		
Registro médico:	01-13330-87,	Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:	21/03/2017	Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	28/03/2017

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE RUEDAS EN ALUMINIO AJUSTABLE	PREVENCIÓN	UNICO	1	1

**ACTA DE ENTREGA
AYUDAS MÉDICAS**

Código: (AM-FT-001-V)
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA _____

CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **9000595**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Ovadas metalica plegable con descansabrazos removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Salomon Alvear Martinez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 5243822
DIRECCION Villa del Sol CIUDAD Popayan
TELEFONO 3108202326 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parametros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Ilda Trullo Crazo
Número documento de identidad 25593689
Fecha y Hora de recibido 04 27 2017 2:30pm
Teléfono fijo / Celular 3108202326
Parentesco con el Paciente Sobrina


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Yanin Villanueva
Número documento de identidad 34565539
Fecha y Hora de recibido _____
Teléfono fijo / Celular 8374438
Entidad Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006441

Fecha : 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CA 7 ESQ
POBRYAM

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Deto.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	881,142.00	0.00	881,142.00	0.00

Subtotal	:	881,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	881,142.00

Valor Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: ARCOS RIASCOS ANDRES ID: 1130652009

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 9012970

Fecha de entrega: 04/04/2017 05:02:58 PM

UNIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	ASMET SALUD ESS-062	CODIGO: ESS062
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)	
NOMBRE: MYTAL MEDICAS A.S.	NIT: 802026138	
DIRECCION: CRA 6A # 18AN. 59	CODIGO: 802026138119	
DEPARTAMENTO: CAUCA	MUNICIPIO: POBAYAN	
TELÉFONO: (857) 4433		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARCOS	RIASCOS	ANDRÉS	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
33 A	1130652009	15/08/1983	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	
BALBOA	MASCULINO	1907906332	
CAUCA		NIVEL 1	
		TELEFONO	
		MUNICIPIO	BALBOA

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBULATORIA
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
1.7.2012/04	1	COUCHON ANTIESCARAS CB	

Utilización del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CAMA	CONSULTA EXTERNA
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	6309890	FECHA SOLICITUD	25/03/2017 11:00:23

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Valor acordado por EPS	VALOR MÁXIMO TOPE EN PESOS	\$ 388.900
COPAGO \$ 0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA	MONICA ALEJANDRA VELOSA ORTIZ	TELEFONO	(2) 8312000
CARGO	COORDINADOR DEMANDA DE SERVICIOS DITAL		

EA-5272
FV-6441

003129

Esta orden es Única e Intransferible, solo válida en las PS Autorizadas. Validez 90 días
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
Sistemas ASMET SALUD EPS-S

ESE SUROCCIDENTE - NIT 900.145.767-8
DUPLICADO DE ORDEN MEDICA BALBOA 69573

Sábado, 25-Mar-2017 10:41 am

R-FAST 8.5 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 1

Identificación: 1130652009	Id: CC 1130652009	Usuario: ARCOS RIASCOS ANDRES	Masculino 33 Años
Quecedor: BALBOA [CAUCA]	Teléfonos: 3103736703		
Regimen: Subsidado	Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1		Número de afiliación: 1907505332
Facturado a: Subsidado	Empresa: ASMET SALUD EPS-S		Nivel: NIVEL 1
Ámbito: Ambulatorio	Centro producción: 1110-SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA Y PROCED		Documento de venta: 191000011400-FVBA-291213
Principal de consulta: 0824.			

Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1
MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	VÍA ADMON	DOSIS	POSOLOGIA
2	Crema Greo Antiinflamatoria			1	Uso Libre Por 30 Dias
2	Ensure Tatro 900 Gramos			1	Uso Libre Por 30 Dias
4	Pañales Húmedos Caja Por 100			1	Uso Libre Por 30 Dias
2	Pañales Talla L Tena # 90			1	Uso Libre Por 30 Dias
1	Colchon Antiescara			1	A Necesidad

[Firma manuscrita]

0825 500-LINA MARIA GARCIA MENDIETA
 Reg. Prot 1061754927
 ESE SUROCCIDENTE BALBOA

ENTREGADO POR

R-FAST 8.5 Cloud

ARCOS RIASCOS ANDRES
 CC 1130652009

Orden Médica Balboa 69573 - Pág. 1 de 1

**ACTA DE ENTREGA
 AYUDAS MÉDICAS**

Código: CAM-FT-006-V
 Fecha: 29 - Diciembre - 2019
 V: 02 / Páginas: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayan

FECHA 04-10-2017 CONSECUTIVO No. 0000000000

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **9012970**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>colchon Antiescorax</u>	<u>1</u>	<u>.</u>

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Andrés Arias Arias
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 1130652009
 DIRECCION Bahia CIUDAD Popayan
 TELEFONO 314 827 8086 ENTIDAD DE SALUD Demol Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Patricio Dario Lopez
7061750898
10 Abril 2019 - 11:30 am
3148278086
Secretario de Salud



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Laura Villanueva
34565539
10-04-2017 11:30 am
8324435
Vitalmedica



busca garantizar un amparo real y material, procurando para el agenciado ANDRES ARCOS RIASCOS una vida en condiciones dignas.

El valor de los servicios excluidos del POSS, que en virtud del cumplimiento de este fallo deba suministrar ASMET SALUD EPS-S al usuario ANDRES ARCOS RIASCOS, podrán ser recobrados a la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA, de conformidad con los artículos 214 de la ley 100 de 1993, y con los artículos 43 y 45 de la ley 715 de 2001, con los límites y sanciones previstos en la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

DECISIÓN

En razón y mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL DE BALBOA - CAUCA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley y la Constitución Nacional,

RESUELVE

PRIMERO.- CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales a Salud y la Vida en Condiciones Dignas, del señor ANDRES ARCOS RIASCOS, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.130.652.009, reclamados por el señor SIGIFREDO IBARRA SOLANO, actuando en calidad de agente oficioso, por las razones expuestas en este fallo.

SEGUNDO.- ORDENAR al Representante Legal de ASMET SALUD EPSS, o quien haga sus veces, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas hábiles siguientes a la notificación de este fallo, emita las órdenes de apoyo necesarias para la entrega de los medicamentos, implementos e insumos ENSURE TARRO CANTIDAD 4, PAÑALES DESECHABLES "TALLA L" CANTIDAD 90, PAÑITOS HUMEDOS PAQUETE CANTIDAD 2, CREMA CERO CANTIDAD 2, SILLA DE RUEDAS CANTIDAD 1, COLCHON ANTIESCARAS CANTIDAD 1, COJIN ANTIESCARAS CANTIDAD 1, en la cantidad y por el tiempo que lo ordene el médico tratante, requeridos por el paciente ANDRES ARCOS RIASCOS.

Dichos medicamentos, insumos e implementos deberán ser entregados en las instalaciones de ASMET SALUD EPSS en el municipio de Balboa Cauca; so pena de que ASMET SALUD EPSS suministre el valor de los gastos de transporte en que incurra la parte actora para recibir los mismos.


Así mismo ASMET SALUD EPS-S, deberá garantizar la prestación integral de todos los servicios médicos y hospitalarios, y el suministro de todos los medicamentos que el señor ANDRES ARCOS RIASCOS requiera para hacer más llevadera la enfermedad que padece, y que se desprendan de una patología relacionada con los hechos que dieron lugar a la acción.

TERCERO.- SEÑALAR que ASMET SALUD EPS-S podrá repetir en el porcentaje que le corresponda respecto de los servicios médicos, insumos, medicamentos, elementos, eventos, atención, tratamientos y procedimientos NO POSS, conforme al Art. 49 numerales 4 y 5 del Acuerdo 29 de 2011, y lo dispuesto en las sentencias C-316 de 2008, C-463 de 2008 y T-760 de 2008 y ley 1438 de 2011, con la posibilidad de realizar el recobro correspondiente ante la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA, previa presentación de las facturas y soportes pertinentes, con que demuestren la prestación de servicios NO POSS.

CUARTO.- LIBRESE por secretaría la comunicación prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase y envíese a la corte constitucional para eventual revisión, en caso de no ser apelada.

El Juez,



JAIR ALBERTO SALAZAR MELO

VITAL MEDICA SAS
 C.R. 85078138-1
 1991 MAR 59
 20 CALLE
 3145821

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006442
 Fecha: 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 891580016-8 Codigo: 891580016
 CL 4 CR 1 ESQ
 POPAYAN

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento
 2017-JUN-09
 Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS
 OC.Nro
 OV.Nro
 Dcto.Alt
 Moneda
 PESOS

Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	887,142.00

Valor Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MTE.

Observacion: PACIENTE: BARRIOS BRAVO MARIA ESPERANZA ID: 25705637

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 8699030

Fecha de entrega: 08/03/2017 09:56:04 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	ASMET SALUD ESS-062	CODIGO ESS-062
INFORMACION DEL PRESTADOR	(Autorizado)	
NOMBRE:	VITAL MEDICA S.A.S	NIT 802028135
DIRECCION:	CRA 6A # 18AN - 59	CODIGO 602028135119
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO: POPAYAN
TELEFONO:	8374435	

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BARRIOS	BRAVO	MARSA	ESPERANZA
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
60 A	25705637	18/02/1957	
SUBSIDIADO	SEXO	NO CARNÉ	6205372565
B/ SAN JUDAS	FEMENINO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CAUCA		TELEFONO	3117399724
		MUNICIPIO	TIMBIO

MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 377028	SERVICIO	AMBULATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION		
PRINCIPAL	609	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA		
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION		
VT.2012104	1	COLCHON ANTESCARAS OS		

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CAMA	CONSULTA EXTERNA
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	6106444	FECHA SOLICITUD	24/02/2017 07:33:45

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS	VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS	\$ 360.900
COPAGO \$ 0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA	VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ	TELEFONO	(2) 8312000
CARGO	PROFESIONAL NO POS DPTAL		

FV-6492
EA-5271

01-3125

EA-5271



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ

SALUD SOCIAL DEL ESTADO
PRINCIPAL

Con compromiso y vocación mejoramos su salud

NIT:891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508

farmacia@hospitalsanJose.gov.co

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
15/02/2017 08:22:58 p.m.	276	867829
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
MARIA ESPERANZA BARRIOS BRAVO		59 Años \ 11 Meses \ 25 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25705637	UCIINT09	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO # 1 UNO

Total Items: 6

ACTA DE ENTREGA

Código: MEGACOL-AT-R5
Fecha: 17 - Enero - 2017
V: 03 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD POPAYAN

FECHA ABRIL 06 DEL 2017

CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Megatecnología y Rehabilitación Colombiana S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
COLCHON ANTIESCARAS	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO MARIA ESPERANZA BARRIOS BRAVO
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ TI ☐ RC ☐ No. 25705637
 DIRECCION CALLE 12 # 19-21 B/ SANTA FE BAJO CIUDAD POPAYAN
 TELEFONO 3154590176 ENTIDAD DE SALUD ASMET SALUD

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso MEGATECNOLOGIA Y REHABILITACIÓN COLOMBIANA S.A.S., NO se hace responsable por la garantía cuando la falla del dispositivo se deba al uso por parte del usuario.

Nota: El insumo medico quirurgico entregadas por Megatecnología y Rehabilitación Colombiana SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

VIVIANA AURAMA BARRIOS
34659731
5-04-17 - 4:19 P.M.
8225950 - 3154590176
Hija


 FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Finando Carcedo
76323181
05-04-2017 - 4:19 pm
3166948437
de Vital medica.


 FIRMA Y HUELLA

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Receptor: Asmet S.A. ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 Número del Acta: CAU-2017-024-06
 Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 24/02/2017
 Asesor de Asesoría: X
 Datos de identificación del usuario:

MARIA		ESPERANZA		B. S. IOJ	BRAVO
RC	TI	CC	X	NÚMERO	25705637
PASAPORTE		TARJETA DIPLOMATICA			
CE					
TPO DOCUMENTO					

Francisco Fernando Bohórquez Góngora			
Nombre y apellidos:	1330067	E. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPERANZA
Registro médico:	15/02/2017	B. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	24/02/2017

Diagnóstico del caso objeto del estudio.		NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	
CODIGO DX	ICD9	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA	

Medicamentos NO incluidos en el POS						
Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene						
Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimiento NO incluido en el POS						
Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recomendación
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene						
Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS						
Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total		
COLCHON ANTIESCARAS CB	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO				

VITAL MEDICA SAS
 NIT: 805026138-1
 Calle 38B 59
 Calle 44
 No. 515521

FACTURA DE VENTA
 Numero: 00000000000000000000

Fecha: 2017-03-13
 Pagina: 11 de 11

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 891580016-8 Código: 891580016
 CL 4 CR 7 ESQ
 POPAYAN

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento:
 2017-04-12

Vendedor: 805026138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Docu.Alt Moneda
 PESOS

Item	Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Cant
11242460	SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	1.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,267.00

Valor Letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: TRUJILLO BERTULIO ID: 14992226

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización 8891940 Fecha de entrega: 22/03/2017 11:47:36 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ASMET SALUD E88-002 CODIGO: E88002

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)
NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S NIT: 802028138
DIRECCION: CRA 6A # 18AN - 59 CODIGO: 802028138119
DEPARTAMENTO: CAUCA MUNICIPIO: POPAYAN
TELEFONO: 8376435

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TRUJILLO		BERTOLIO	
TPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	14992228
EDAD	84 A	SEXO	MASCULINO
TPO USUARIO	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	29/12/1962
DIRECCION	PORTUGAL	No CARNÉ	0204809801
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	
		MUNICIPIO	SUAREZ

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC:	SERVICIO	AMBULATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION		
PRINCIPAL	I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION		
V.7.712483	1	SILLA DE ROLIN BRAZOS Y PIE REMOV.		

Utilización del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO	NO APLICA	CAMA	CONSULTA EXTERNA	NO APLICA
NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN	6236531	FECHA SOLICITUD	14/03/2017 14:46:00	

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS
COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS \$ 366,900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA	VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ	TELEFONO	(2) 8312000
CARGO	PROFESIONAL NO POS DPTAL		

anexa soporte de donde saco esto.

TV-6444. 100-31.30.



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 22/03/2017

Atención Ambulatoria: ☒ X

I. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-22-96

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos	BERTULIO			TRUJILLO	
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	NÚMERO	14992228
	CE	PASAPORTE	X		
		TARJETA DIPLOMATICA			

II. Datos del médico tratante.

a. Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONGORA		
b. Registro médico:	01-53330-87.	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
d. Fecha de solicitud:	15/03/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	14/03/2017

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I64X	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE R. REGUL. BRAZOS Y PIE RENOV	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1

PLAN DE MANEJO EXTERNO


**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
UNIVERSIDAD DEL ESTADO DE POPAYAN
Con el propósito de brindar atención integral a los usuarios

NIT: 891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508

farmacia@hospitalsanJose.gov.co

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
15/02/2017 10:39:38 a.m.	9	809605
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
BERTULIO TRUJILLO		64 Años \ 1 Meses \ 17 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
14992226		

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

Indicación:

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total ítems: 5

BOHORQUEZ GONGORA FRANCISCO
FERNANDO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Firma Digitalizada

Nombre reporte : HCRPreporteDBase

Página 3/5

19451213

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD DE NO POS-(S)

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:		SERVICIO: URGENCIAS		CAMA: AMARILLO	
FECHA DE SOLICITUD: 15/02/2017	TIPO DOCUMENTO: CEDULA	EDAD: 53	SEXO: M	INGRESO	
DIAGNOSTICOS ACTUALES		COD. CIE 10	COD. CIE 10		COD. CIE 10
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO- NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		I64X			
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO		Z721			
PACIENTE DE 64 AÑOS, PROCEDENTE DE SUAREZ CON DX: 1. ECV ISQUEMICA DE ORIGEN ATROFOTROMBOTICO EN TERRITORIO DE CEREBRAL MEDIA DERECHA; HEMIPLEJIA DENSA IZQUIERDA Y DISARTRIA COMO SEQUELA; 2. HISTORIA DE HTA ESENCIAL; 3. OBESIDAD CENTRAL. PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA, SIN VIA ORAL, TIENE ALTA POR MEDICINA INTERNA. ANTECEDENTE DE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO HACE UN AÑO, MANEJADA CON OSTEOSITESIS, YA REALIZABA MARCHA, ERA INDEPENDIENTE EN AUTOCUIDADO, OBESIDAD. EF: PACIENTE AFRODESCENDIENTE ADULTO MAYOR, REGULAR ESTADO GENERAL, OBESO, ALERTA, ORIENTADO, DISARTRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, ANSIOSO, FACIAL CENTRAL IZQUIERDO, HEMIPLEJIA DERECHA FLACIDA IZQUIERDA, OBESO, PIEL SANA. DETALLE RESPUESTA: PLAN: PACIENTE ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE ECV ISQUEMICO: HEMIPLEJIA, DISARTRIA Y POSIBLE TRASTORNO DE LA DEGLUCION, REQUIERE PARA SU REHABILITACION: 1. SILLA DE RUEDAS, 2. BASTON METALICO DE APOYO EN 4 PUNTOS, 3. FISIOTERAPIA Y FONOAUDIOLOGIA AMBULATORIA, 4. PAÑALES DESECHABLES, 5. VISITA POR MEDICO GENERAL.					
Mención integral de Dx NO POS(S)		SI	NO		X
Procedimientos NO POS(S)		Otro		X	
SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1					COD. CUPS
Tratamiento	Ambulatorio	X	Hospitalario		
Tipo de prestación	Causa de la Repetición				
Servicios Salud Sucesivos	Recurrencia				
Servicios Salud Único	X	Compilación			
Servicios de Salud Único Repetido		Mala Praxis			
Cual	Cual				
RESPONSABLES DE LA ELABORACION					
FRANCISCO BOHORQUEZ GONGORA	T. Profesional: 1333087- ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		FIRMA		
NOMBRE DEL MEDICO	REGISTRO Y ESPECIALIDAD				

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

VITAL MEDICA
 NIT: 805.028.138 - 1

ciudad Popayan

FECHA 03-29-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 0091940

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de Duerdas metalica con Oscilante brazo removable	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Bartolito Trujillo
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RG ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 14992226
 DIRECCION Portugal CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3233776755 ENTIDAD DE SALUD Asma Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas medicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de Identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Rosa Maria Arusillo Carcedo
34502 726
29 10 am
3233776755
hija



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de Identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular

Paula Villanueva
34565539
0324435
Vitalmedica



VITAL MEDICA SAS
CALLE 138-1
BOGOTA 368 59
TEL: 8145821

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006446
Fecha: 2017-MAY-09
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CHUCA SECRETARIA DE SAL
891580016-8 Código: 891580016
CL 4 CR 7 ESQ
POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS
Fecha de Vencimiento
2017-JUN-09
Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS
OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripción	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal : 1,074,114.00
Iva : 0.00
Rte Fte 2.50% : 26,853.00
Rte Fte 0.00% : 0.00
Rte Iva : 0.00
Rte Ica : 0.00
Regalias : 0.00
Total : 1,047,261.00

en letras : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

Identificación: PACIENTE: ANGULO GONZALES BENHUR ID: 10690718

VITAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138-1

Después de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

9105041

Fecha de entrega: 10/04/2017 04:13:07 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S
DIRECCION: CRA 6A # 18AN - 59
DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONO: 8374435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ANGULO	GONZALEZ	GENIOR	
TIPO DOCUMENTO	CC	FECHA NACIMIENTO	12/09/1900
EDAD	56 A	No CARNE	19034570
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	NIVEL 3488N	NIVEL 1
DIRECCION	PABLO SEXTO	TELEFONO	3105918392
DEPARTAMENTO	CAUCA	MUNICIPIO	PATIA
CORREO ELECTRONICO			

MOTIVO AUTORIZACION: COMITE TECNICO CIENTIFICO

CTC: 391448

SERVICIO

AMBULATORIA

CODIGO

CANTIDAD

DESCRIPCION

V12072

1

SILLA DE RUEDAS ESTANDAR

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6415096

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

10/04/2017 08:19:03

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

Valor recaudado por EPS
COPAGO \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 300.000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

MONICA ALEJANDRA VELOSA ORTIZ

TELEFONO

(2) 8312000

CARGO: COORDINADOR DEMANDA DE SERVICIOS OPTAL

FV-6446
LA-5267

PP-3130

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las EPS Autorizadas. Validez 90 días.

Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS

AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS

Sistemas ASMET SALUD EPS-S

3122101041
3127863593



clínica

la estancia

por tu bien

NIT. 817.003.166-1

Nombre:

Benhur angulo

Documento:

10690718

Entidad:

Asmex Salud

Fecha:

D	M	A
27	03	17

R:

Silla de Ruedas 1 uno

Rx Cancer Gástrico C169

Popayán Benito
C176324280
Jun 194125
Cintia Cevallos
Clínica la estancia



Calle 15 Norte No. 2-350 Popayán - Cauca PBX: (057) (2) 833 1000

visado
Superior

JUSTIFICACIÓN DE ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN NO POSS Y/O
SERVICIO EXCEPCIONAL DE SALUD

DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:	
FECHA DE SOLICITUD		DO 27 MM 03 AA 2017	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
1 APELLIDO	2 APELLIDO	1 NOMBRE	2 NOMBRE
Angulo	Gonzalez	Benhur	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	TI	RC
	X		
NRO.	10690718		
DIAGNOSTICO	Cancer Gastrico		CÓDIGO CIE10 C169
MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE	Nombre	Especialidad	Cx General
	Royer Bonilla		
	CC	Registro médico	IPS SOLICITANTE
	26329280	193135	
TRATAMIENTO	Ambulatorio	Urgencias	
	X		
	Hospitalario	UCI	
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:			
Paciente postrado e impedido para caminar por su acentuado padecimiento requiere silla de ruedas para mejorar su calidad de vida.			
SE HAN UTILIZADO Y AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIÓN NO POSS Y/O SERVICIO EXCEPCIONAL DE SALUD.		Si () CUAL? NO (X)	
Describir las contraindicaciones o indicaciones expresas para no utilizarlas o la no efectividad de los mismos.			

ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN DEL POSS QUE SE ASIMILA AL NO POSS Y/O SERVICIO EXCEPCIONAL DE SALUD SOLICITADO	no hay.
ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO E INTERVENCIÓN NO POSS Y/O SERVICIO EXCEPCIONAL DE SALUD SOLICITADO	silla de ruedas estandar

SOPORTE CIENTÍFICO DE SU SOLICITUD

Describir la justificación medica científica del servicio NO POSS y/o Excepcional solicitado, señalando los resultados de paraclinicos y la evidencia científica de su necesidad, de conformidad con la normatividad vigente que regula estos servicios.

Paciente con diagnostico cancer gastrico requiere silla de ruedas.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE

NOTA: Favor diligenciar el formato completamente y con letra legible. Anexar copia de la historia clinica donde se registre la solicitud medica.

ESTE FORMATO ES PARA SER DILIGENCIADO POR LOS MEDICOS ESPECIALISTAS, QUE FORMULEN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIÓN NO POSS y/o SERVICIOS EXCEPCIONALES DE SALUD

FORMATO DE ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad Popayán

Fecha de elaboración: 10/04/2017

Número del acta: CAU-2017-04-10-38

I. Datos de identificación del usuario.

NOMBRE	BENHUR				ANGULO	GONZALEZ
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	CE	NUMERO	
			X		10890718	

II. Solicitud del médico tratante.

Nombre del profesional:	ROGER ORLANDO BONILLA ROSAS		
Registro médico:	194525		
Especialidad:	CIRUGIA GENERAL	Subespecialidad:	N/A
Fecha de solicitud:	27/03/2017		
Fecha de radicación de la solicitud al CIC:	10/04/2017		

III. Diagnóstico y Análisis del caso objeto del estudio.

VERIFICACIÓN EN HC DE LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	Código DX	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO
	C169	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA
Análisis del caso	PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA PACIENTE POSTRADO E IMPOSIBILIDAD PARA CAMINAR POR SU AVANZADO ESTADO DE SU PATOLOGIA SE SOLICITA SILLA DE RUEDAS.	

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Autorizada	Grupo Terapéutico
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Equivalente	Grupo Terapéutico
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recobrado

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
SILLA DE RUEDAS LGT, MOAR	V.T.2072	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos, cuando su utilización se presente en casos diferentes a los condicionamientos específicos del plan obligatorio de salud.

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGUN LAS ESPECIFICACIONES QUE APARECEN EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN. LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE. ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR SER UN PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO. PARTE NO ESPECIFICADA PACIENTE POSTRADO E IMPOSIBILIDAD PARA CAMINAR POR SU AVANZADO ESTADO DE SU PATOLOGÍA. SE SOLICITA SILLA DE RUEDAS, MEJORAR DESPLAZAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE. LA TECNOLOGÍA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUSTITUIRLA.

M. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país. c. La tecnología en salud NO POS no corresponde a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	X	
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o	X	
c. La tecnología en salud NO POS no corresponde a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. d. Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva		X
d. Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	X	

VII. Decisión del Comité:

	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

VIII. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
Registro Médico RM/19402697
Representante EPS

ERMISUELEGARDA
CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
Representante USUARIOS



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: VAM-FT-001-V
Fecha: 23 - Octubre - 2018
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Ciudad Popayan

FECHA 04-25-2017

CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 9108011

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Silla de ruedas</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Banhus Angulo Gonzalez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 10690318
DIRECCION Pablo Sexto CIUDAD Popayan
TELÉFONO 312261041 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITTAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parametros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido.

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

Rigoberto Angulo Gonzalez
10691660
3:45 PM 25-04-2017
3177441631
Hermano


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Juan Villanueva
34565539
8344435
Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

VITAL MEDICA SAS
 NIT: 805.028.138-1
 Calle 4 CR 7 ESQ
 POPAYAN
 Telefono: 3145921

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006447
 Fecha : 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente : DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 Contrato : 891580016-8 Codigo: 891580016
 NIT o C.C. : CL 4 CR 7 ESQ
 Direccion : POPAYAN
 Ciudad :
 Telefono :
 Fax :
 Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento : 2017-JUN-09
 Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS
 OC.Nro : OV.Nro : Dcto.Alt : Moneda : PESOS

Item	Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
1272	SILLA DE RUEDAS ESTANDAR	10	1	UND	741,158.00	0.00	741,158.00	0.00

Subtotal	:	741,158.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	18,529.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	722,629.00

Valor Letras : SETECIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: MENESSES JOSE VIRGILIO ID: 76351601

[Firma]
VITAL MEDICA SAS
 NIT: 805.028.138-1

Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolución para facturación No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

NIT:891580002

Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508
farmacia@hospital-sanjose.gov.co

Fecha Actual : lunes, 20 febrero 2017

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
20/02/2017 02:28:34 p.m.	31	870604
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
JOSE VIRGILIO MENESES		54 Años \ 11 Meses \ 20 Dias
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
76351601	413B	ESTANCIA GENERAL MEDICA
INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION		
SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1		

Total Items: 5

BOHORQUEZ GONGORA FRANCISCO
FERNANDO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Firma Digitalizada

Página 3/6

19451213

Nombre reporte : HCRPReporteDBase

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN] NIT [891580002-5]

Asvet Salud ESS EPS Asociación Mutual la Esperanza
 NIT: 817000246-3
 Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-46 Sector la Estancia
 Página Web: <http://www.asvet.salud.org.co>
 Autorización de servicios No 8693362

Teléfono: (2) 8312000

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización

8693362

Fecha de entrega: 03/03/2017 10:36:00 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S
 DIRECCION: CRA 6A # 18AN - 59
 DEPARTAMENTO: CAUCA
 TELEFONO: 8374435

NIT

802028138

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MEÑEZ		JOSE	VIRGLIO
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	76351601
EDAD	55 A	SEXO	MASCULINO
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	28/02/1962
DIRECCION	LIMONCITO	No CARNE	19148821
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	
		MUNICIPIO	CAJIBO

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 376070	SERVICIO	AMBULATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION		
PRINCIPAL	1693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL		
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION		
V.T.7372	1	SILLA DE RUEDAS ESTANDAR -		

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO NO APLICA

CAMA

NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

8091897

FECHA SOLICITUD

22/02/2017 12:03:54

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS

COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO (2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA-5282
TU-6497

EA-5282

TR-1006

Pedido a
 TC Medica.
 Cta cobro
 hacer
 entrada
 proveecto
 \$ 600.000
 parte de
 factura

Esta orden es Unica e Intransferible, Solo Valida en los IPS autorizados, Validez 90 dias
 Autorización sujeta a auditoria médica de la EPS
 AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
 Sistemas ASMET SALUD EPS-S

3217444081
 3156762952



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Popayán

Fecha de elaboración: 03/03/2017

Atención Ambulatoria: X

I. Datos de identificación del usuario.

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-03-03-53

Atención Hospitalaria:

Nombres y apellidos	JOSE		VIRGILIO		MENÉSES	
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC		NÚMERO	76351601
			X			
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA			

II. Datos del médico tratante.

a. Nombres y apellidos:	FRANCISCO FERNANDO BONDURQUEZ GONGORA				
b. Registro médico:	01-13330-37	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD		
d. Fecha de solicitud:	20/02/2017	e. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	22/02/2017		

III. Diagnóstico del caso objeto del estudio.

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	I693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR	PREVENCIÓN	UNICO	1	30



Asmet Salud E55 EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 NIT: 817500246-3
 Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-48 Sector la Estancia
 Teléfono: (2) 8312000
 Página Web: <http://www.asmetasalud.org.co>

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE APARECEN EN ESTA ACTA: AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5385 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN. LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR: PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON UN DIAGNÓSTICO DE SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL, SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR ISQUEMICA MULTINFARTO: APASIA MOTORA, DISARTRIA, DISMETRIA Y LEVE PARÉSIA DEL HEMICUERPO DERECHO, APRAXIA, DESORIENTADO, SIN CAPACIDAD DE INFORMAR ESPINTERES Y TIENE INESTABILIDAD PARA TRASLADOS Y MARCHA, ALTO RIESGO DE CAÍDAS, PARA SU REHABILITACIÓN REQUIER SILLA DE RUEDAS, CAMINADOR METÁLICO, PARALES DESECHABLES. REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUSTITUIRSE.

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de haber u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
c. La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, santuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		X
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
e. Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?	X	

VI. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
"La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y supla al excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	X	
"El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	X	
"Se colija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

VII. Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

IX. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERMISUL LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527576
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS



Asmet Salud ESS EPSS "Asociación Mutual la Esperanza"

NIT: 817000248-3

Dirección: Popayán, Cra 4 No. 16N-48 Sector la

Teléfono: (2) 8312080

Página Web: <http://www.asmet.salud.org.co>

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recuperado

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
PARALES	A20002217	PREVENCION	UNICO	90	30	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
ot.	N/A	N/A	N/A	N/A

v. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos, cuando su utilización se presente en casos diferentes a los condicionamientos específicos del plan obligatorio de salud.

DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APROBADO EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGUN LAS ESPECIFICACIONES QUE APARECEN EN ESTA ACTA; AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 5395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN, LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR: PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON UN DIAGNÓSTICO DE SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL, SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR ISQUEMICA MULTINFARCTO; AFASIA MOTORA, DISARTRIA, DISMETRIA Y LENTE PAREJA DEL HEMICUERPO DERECHO, APRAXIA, DESORIENTADO, SIN CAPACIDAD DE INFORMAR ESPINTERES Y TIENE INESTABILIDAD PARA TRASLADOS Y MARCHA, ALTO RIESGO DE CAÍDAS, PARA SU REHABILITACIÓN REQUIER SILLA DE RUEDAS, CAMINADOR METÁLICO, PARALES DESECHABLES. REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD APROBADA POR EL COMITÉ NO TIENE HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REEMPLAZARLA O SUSTITUIRLA.

vi. Verificación de criterios de evaluación y autorización.

	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país. c. La tecnología en salud NO POS no corresponde a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.	X	
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o	X	
c. La tecnología en salud NO POS no corresponde a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior. d. Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva		X
e. Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	X	

vii. Decisión del Comité:

	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

viii. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
Registro Médico RM/19402697
Representante EPS

ERMISUE LEGARDA
CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
Representante USUARIOS

FORMATO DE ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: Papayán.

Fecha de elaboración: 03/03/2017

Número del acta: CAU-2017-03-03-52

I. Datos de identificación del usuario.

NOMBRE	JOSE		VIRGILIO		MENESES
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	CE	NUMERO
			X		75351601

II. Solicitud del médico tratante.

Nombre del profesional:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONGORA		
Registro médico:	01-13330-87.		
Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	Subespecialidad:	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Fecha de solicitud:	20/02/2017		
Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	22/02/2017		

III. Diagnóstico y Análisis del caso objeto del estudio.

VERIFICACIÓN EN HC DE LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	Código DX	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO
	I693	SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL
Análisis del caso	PACIENTE MASCULINO DE 54 AÑOS DE EDAD CON UN DIAGNOSTICO DE SECUELAS DE INFARTO CEREBRAL, SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR ISQUEMICA MULTINFARTO: AFASIA MOTORA, DISARTRIA, DISMETRIA Y LEVE PARESIAS DEL HEMICUERPO DERECHO, APRAXIA, DESORIENTADO, SIN CAPACIDAD DE INFORMAR ESPINTERES Y TIENE INESTABILIDAD PARA TRASLADOS Y MARCHA, ALTO RIESGO DE CAIDAS, PARA SU REHABILITACIÓN REQUIERE SILLA DE RUEDAS, CAMINADOR METALICO, PAÑALES DESECHABLES.	

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS**a. Medicamentos NO incluidos en el POS**

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Autorizada	Grupo Terapéutico
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Equivalente	Grupo Terapéutico
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Popayán, 07 de Marzo de 2017
CIUDAD Popayán

FECHA Marzo 22-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación;

señores
CAU

Importe: En

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de ruedas metálica con o escantabrados removibles	1	
Fecha Factura	No. Factura	Paciente
07/03/2017	CS-2519	ENDER YESID PEREIRA SANCHEZ
07/03/2017	CS-2520	URMARY-FIERRO-SANCHEZ

DATOS DEL PACIENTE: 2 FACTURAS

NOMBRE COMPLETO Jose Brigida Meneses
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 76351601
DIRECCION Limónito CIUDAD Popayán
TELÉFONO 371 744 4081 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

MONICA OLARTE

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITTAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles JOSE RUBEN MENeses
Número documento de identidad 76352108
Fecha y Hora de recibido _____
Teléfono fijo / Celular _____
Parentesco con el Paciente _____


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles Jaime Villanueva
Número documento de identidad 34565539
Fecha y Hora de recibido _____
Teléfono fijo / Celular 8374435
Entidad Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

VITAL MEDICA SAS
 Nit: 805028138-1
 893 365 59
 1 - VALLE
 1: 5145821

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006445
 Fecha: 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente : DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL	Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS	Fecha de Vencimiento : 2017-JUN-09
Contacto : 891580016-8 Codigo: 891580016		
Tit. o C.C. : CL 4 CR 7 ESQ	Vendedor: 805028138	VITTAL MEDICA SAS
Direccion : POPAYAN	OC.Nro	OV.Nro
Ciudad : POPAYAN	Octo.Alt	Moneda
Telefono :		PESOS
Fax :		

tem	Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
7.2012104	COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte fce 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	864,963.00

Valor letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.
 Observacion: PACIENTE: ALEGRIA COLLAZOS JOSE ABELARDO ID: 1520746

VITAL MEDICA SAS
 Nit: 805.028.138-1

* Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 * Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



Asmet Salud ESS (EPS "Asociación Mutual la Esperanza")

NIT: 817003249-3

Dirección: Popayán, Cra 4 No. 18N-48 Sector la Estancia

Página Web: <http://www.asmetasalud.org.co>

Teléfono: (2) 8312000

Autorización de servicios No 8816980

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8816980

Fecha de entrega: 14/03/2017 03:47:14 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

NOMBRE: VITAL MEDICA S.A.S
DIRECCION: CRA 5A # 18AN - 59
DEPARTAMENTO: CAUCA
TELEFONO: 8374435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ALCANTARA	COLLAZOS	JOSE	ABELARDO
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	1520746
EDAD	80 A	SEXO	MASCULINO
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	11/11/1936
DIRECCION	SIN	No CARNÉ	0205368133
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 2
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	
		MUNICIPIO	TIMBIO

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC: 383371	SERVICIO	AMBULATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION		
PRINCIPAL	2723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO		
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION		
VT 2012105	1	COUCHON ANTIESCARAS OS -		

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO: NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6234272

CAMA

FECHA SOLICITUD

NO APLICA

14/03/2017 11:49:10

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS

COFAUO

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS:

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO PINOCH

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

TELEFONO (2) 8312000

FA - 5287


**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**

NIT: 891580002

 Carrera 6 No. 10N-142 Tel. 8234508
 farmacia@hospitalسانجوسه.gov.co

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
24/02/2017 02:45:04 p.m.	236	868108
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
JOSE ABELARDO ALEGRIA COLLAZOS		80 Años \ 3 Meses \ 13 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
1520746	UCIINT01	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

COLCHON ANTIESCARAS PARA CAMA HOSPITALARIA ADULTO+1 UNO

Total Items: 6

 GONGORA FRANCISCO
 FERNANDO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

Firma Digitalizada

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

Pagina 4/6

Ruta de acceso : HCRPReporteDBase

CLINICA (HOSPITAL) UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN NIT [891580002-5]

CIUDAD Popayan FECHA 03-22-2017 CONSECUTIVO No. 8816980

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 8816980

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>colchon antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Jose Abelardo Alegria
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 1820746
 DIRECCION Timbro B/ Centro CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3113103106 ENTIDAD DE SALUD Aermet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

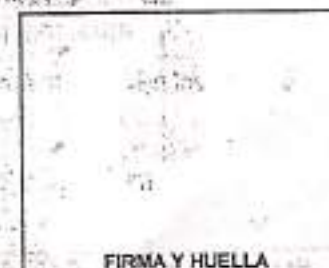
RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles Juan Pablo Alegria Beroo
 Número documento de identidad 176297-031
 Fecha y Hora de recibido 22-03-2017 3:06 P.M.
 Teléfono fijo / Celular 3113103106
 Parentesco con el Paciente Pro.



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles Luis Villanueva
 Número documento de identidad _____
 Fecha y Hora de recibido _____
 Teléfono fijo / Celular _____
 Entidad _____





FORMATO DE ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: PopayánFecha de elaboración: 14/03/2017Número del acta: CAU-2017-03-14-75

I. Datos de identificación del usuario.

NOMBRE	JOSE	ABELARDO	ALEGRIA	COLLAZOS
TIPO DOCUMENTO	RC	TI	CC	CE
		X		
				NUMERO
				1520746

II. Solicitud del médico tratante.

Nombre del profesional:	FRANCISCO FERNANDO BOHORQUEZ GONGORA		
Registro médico:	01-19330-87		
Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	Subespecialidad:	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Fecha de solicitud:	24/02/2017		
Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	14/03/2017		

III. Diagnóstico y Análisis del caso objeto del estudio.

VERIFICACIÓN EN HC DE LOS CRITERIOS DE AUTORIZACION Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	Código DX	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO
	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE EJERCICIO FISICO
Análisis del caso	PACIENTE DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE NEUMOPTIA CRONICA, NEUMONIA MULTIFOCA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, PACIENTE ESTUPOROSO NO RESPONDE A ESTIMULOS VERBALES O SENSORIALES, RESPUESTAS GLOBALES A ESTIMULOS DOLOROSOS SE PORDENA PARA LES DESECHABLES, COLCHON ANTIESCARAS.	

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Autorizada	Grupo Terapéutico
NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	# Días Tratamiento	Posología	# Dosis Día	Cantidad Equivalente	Grupo Terapéutico
NA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

VITAL MEDICA SAS
 IT.: 805028138-1
 L 393 365 59
 ALI -VALLE
 tel: 5145821
 A:

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006449
 Fecha : 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente : DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL	Forma de Pago : CREDITO 30 DIAS	Fecha de Vencimiento : 2017-JUN-09
Contacto : Nit o C.C.: 891580016-8 Codigo: 891580016	Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS	
Direccion : CL 4 CR 7 ESQ	OC.Nro	OV.Nro
Ciudad : POPAYAN	Octo.Alt	Moneda : PESOS
Telefono		
Fax		

Item	Descripcion	No	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
1.2.2012104	COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

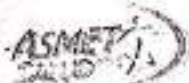
Subtotal	:	887,142.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	22,179.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	884,963.00

Valor Letras : OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

Observacion: PACIENTE: GOMEZ DORADO LUIS ELMER ID: 4736193

[Handwritten Signature]
VITAL MEDICA SAS
 Nit: 805.028.138-1

* Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 * Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)



Asmet Salud ESS EPSS "Asociación Mutual de Esperanza"
NIT: 817000248-3
Dirección: Popayán, Cra. 4 No. 18N-40 Sector la Estancia
Página Web: <http://www.asmet.salud.org.co>
Autorización de servicios No: 8439614

Teléfono: (2) 8312880

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8439614

Fecha de entrega: 18/02/2017 08:18:23 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-062	CODIGO: ESS062
INFORMACION DEL PRESTADOR		(Autorizado)	802028138
NOMBRE:	VITAL MEDICINA S.A.S.	NIT	802028138118
DIRECCION:	CRA 8A A 18N-40	CODIGO	POPAYAN
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYAN
TELEFONO:	18374435		

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GOMEZ	DORADO	LUIS	ELMER
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	4736193
EDAD	45 A.	SEXO	MASCULINO
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	26/03/1971
DIRECCION	LA PLANADA	No CARNE	1907504903
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	
		MUNICIPIO	BALBOA

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBULATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION	
PRINCIPAL	F89X	TRASTORNO MENTAL, NO ESPECIFICADO	
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
V.T. 2012104	1	COUCHON ANTIESCARAS DE	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

5993701

CONSULTA EXTERNA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

08/02/2017 13:59:37

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS
COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

CARGO PROFESIONAL NO POS OPTAL

CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ

TELEFONO (2) 8312000

FV-6499
JA-5288
10-100X



ESE SUROCCIDENTE - NIT 900.145.767-8
ORDEN MEDICA BALBOA 62505

Jueves, 2-Feb-2017 10:35 am

R-FAST 8.5 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 1

Historia: 4738193 Id: CC 4738193 Usuario: GOMEZ DORADO LUIS ELMER
Dirección: BALBOA [CAUCA] Teléfonos: SD Masculino 45 Años
Regimen: Subsidiado Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1
Facturado a: Subsidiado Empresa: ASMET SALUD EPS-S
Ambito: Ambulatorio Centro producción: 1110-SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA Y PROCED Nivel: NIVEL 1
Principal de consulta: F98X Documento de venta: 191000011400-FVBA-103147

Empresa: ASMET SALUD EPS-S - Nivel: NIVEL 1
MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	VÍA ADMON	DOSIS	POSOLOGÍA
1	Colchon Antiescara		TOP	1	Continuo

[0763] 500-HERNAN LOPEZ GOMEZ
Reg. Prof: RM 14029 - NIT: 10538423
C.C. 4738193

ENTREGADO POR

GOMEZ DORADO LUIS ELMER
CC 4738193

CIUDAD Popayan

FECHA Marzo 21-2017 CONSECUTIVO No. 0439614

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **0439614**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Colchon Antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Luis Elmer Gomez
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4736193
 DIRECCION La Planada CIUDAD Popayan
 TELEFONO 314 8278086 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITTAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

RUBEN DARIO LOPEZ
7061750898
21 MARZO 2017 12:30 PM
314 827 8086
SECRETARIO SALUD



ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Yanson Villanueva
34585539
3148278086
Vittalmedica



desconocimiento que a futuro se pueda generar de los mismos, es decir, solicitar la protección con base a una presunción de la posible conculcación del derecho.-

En el caso bajo estudio, se debe observar que el ciudadano LUIS ELMER GOMEZ DORADO, por su patología que presenta como es DISCAPACIDAD y TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO, quien se encuentra en una posición de desventaja frente a los demás ciudadanos, por ello, se le brindará la **atención integral** en relación con lo que ordene su médico tratante como necesarios para restablecerle la salud, en cuanto tiene que ver con las patologías descritas anteriormente, para quien nuestra Carta le garantiza una protección especial reforzada.-

DECISIÓN

Por lo expuesto el Juzgado Promiscuo Municipal de Balboa (Cauca), administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por ministerio de la Ley,

RESUELVE:

TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, a la vida y al interés superior del agenciado señor **LUIS ELMER GOMEZ DORADO** identificado con C.C. No. 4.736.193. Como consecuencia de lo anterior se dispone:

PRIMERO.- ORDENESE al Doctor GUSTAVO ADOLFO AGUILAR VIVAS en su calidad de Representante Legal y Gerente General de **ASMET SALUD EPS-S**, o quien haga sus veces, que en el perentorio término de cuarenta y ocho horas (48) horas siguientes a la notificación de la presente providencia, si aún no lo ha hecho, **autorizar** la entrega de PAÑALES DESECHABLES TALLA L CANTIDAD 90; PAÑITOS HUMEDOS PAQUETE CANTIDAD 1; ENSURE TARRO POR 900 GRAMOS CANTIDAD 4; LECHE KLIM TARRO 900 GRAMOS CANTIDAD 1 y GUANTES CAJA CANTIDAD 1, que requiere el señor LUIS ELMER GOMEZ DORADO para su patología objeto de esta tutela, y brindarle de **MANERA INTEGRAL** y sin obstáculos, los medicamentos, tratamientos, procedimientos, consultas con especialistas, exámenes y que sean ordenadas por su médico tratante, únicamente respecto de las patologías que son objeto de tutela hasta obtener el restablecimiento de su salud.

SEGUNDO.- AUTORIZAR al Representante Legal de **ASMET SALUD EPS-S**, o quien haga sus veces, para realizar el recobro ante la SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, del 100% de todos y cada uno de los gastos NO POS en que incurra en el cumplimiento de este fallo que excedan de las prestaciones y beneficios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, siempre y cuando se trate de Régimen no Subsidiado **NO POS**, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, la Ley 1438 de 2011, Resolución 1479 de 2015 y demás normas vigentes concordantes.

TERCERO.- NOTIFIQUESE esta Sentencia a las partes por telegrama o por cualquier otro medio de comunicación, previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

CUARTO.- REMITASE el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual

TAL MEDICA SAS
 Nit: 805028138-1
 583 368 59
 I - VALLE
 5145821

FACTURA DE VENTA
 Numero: V -006450
 Fecha: 2017-MAY-09
 Pagina: 01 de 01

Cliente: DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 Contacto: 891580016-8 Codigo: 891580016
 Nit o C.C.: CL 4 CR 7 ESQ
 Direccion: POPAYAN
 Ciudad:
 Telefono:
 Fax:

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Fecha de Vencimiento
 2017-JUN-09
 Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS
 OC.Nro
 OV.Nro
 Dcto.Alt
 Moneda
 PESOS

Item	Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
T.20170319	CAMA HOSPITALARIA	10	1	UND	2,200,000.00	0.00	2,200,000.00	0.00
T.2012104	COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal : 3,087,142.00
 Iva : 0.00
 Rte Fte 2.50% : 77,179.00
 Rte Fte 0.00% : 0.00
 Rte Iva : 0.00
 Rte Ica : 0.00
 Regalias : 0.00
 Total : 3,009,963.00

Valor Letras : TRES MILLONES NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.
 Observacion: PACIENTE: FALCA JOSE MARINO ID: 4647552

VITAL MEDICA SAS
 Nit: 805.028.138-1


Despues de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 Resolucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)

ASMET
Asmet Salud ESS EPSS "Asociación Mutual de Esperanza"
NIT: 817000248-3
Dirección: Popayán, Cra 4 No. 58N-46 Sector la Estrella
Página Web: http://www.asmet-salud.org.co
Autorización de servicios No 8521196

Teléfono (2) 8312000

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

8521196

Fecha de entrega: 16/02/2017 11:42:08 AM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		ASMET SALUD ESS-992	CODIGO: ESS062
INFORMACION DEL PRESTADOR		(Autorizado)	
NOMBRE:	VITAL MEDICA S.A.S		802028138
DIRECCION:	CRA 6A N° 18AN - 59	NIT	
DEPARTAMENTO:	CAUCA	CODIGO	802028138119
TELEFONO:	8374435	MUNICIPIO:	POPAYAN

EA S140
EA provisional
Sud

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PALTA		JOSE	MARINO
TIPO DOCUMENTO	CC	NUMERO	4047552
EDAD	78 A	SEXO	MASCULINO
TIPO USUARIO	SUBSIDIADO	FECHA NACIMIENTO	20/11/1938
DIRECCION	PESCADOR	No CARNÉ	19528255
DEPARTAMENTO	CAUCA	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CORREO ELECTRONICO		TELEFONO	3171038
		MUNICIPIO	CALDANO

SERVICIOS AUTORIZADOS

MOTIVO AUTORIZACION	TUTELA NO POS	SERVICIO	AMBUATORIA
DIAGNOSTICO	CODIGO	DESCRIPCION	
PRINCIPAL	G538	OTROS TRASTORNOS DE LOS NERVIOS CRANEALES EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	
RELACIONADO 1	R258	OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	
CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	
V.T.1609CML	1	CAMA PARA CUIDADO EN CASA	
V.T.2012194	1	COLCHON ANTIESCARAS GR	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

SERVICIO NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6004594

CONSULTA EXTERNA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD

09/02/2017 15:54:35

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Valor recaudado por EPS
COPAGO \$ 0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 388.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

CARGO PROFESIONAL NO POS OPTAL

CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ

TU-6450,
TA-5286
TR-1009.

TELEFONO (2) 8312000

REHABILITAR

Medicina Física - Rehabilitación - Electrodiagnostico - Rehabilitación Cardíaca - Osteodensitometría

LUIS GONZALO ROSAS

MEDICO FISIATRA

Registro medico: 5375/85

JOSE MARINO PALTA

Cama hospitalaria 2 nivel #1

Colchon para cama hospitalaria #1

: 4647552 2017-02-07 13:00:58

DX: RM

PCI

Hemiparesia derecha

REHABILITAR S.A.
Luis Gonzalo Rosas Rosas
Medico Fisiatra
RM 537585

LA ESTANCIA

lugar, para evitar que la EPS vea mermado su patrimonio por pagar el servicio NO POS-S, pues dicho pago es responsabilidad del ente territorial, y también para evitar que el pago realizado por el ente territorial no llegue directamente a la IPS prestadora del servicio por causa de los manejos administrativos de la EPS.

Desarrollando lo anterior, es menester precisar que de acuerdo a la normativa vigente que se acaba de reseñar, ya no es viable ordenar el recobro de las EPS con respecto al ente territorial cuando de servicios o procedimientos médicos no pos-s se trata, toda vez que el pago ya no estará a cargo de la entidad administradora de salud; sin embargo, si será necesario ordenar el pago a la EPS con la posibilidad de recobro ante el ente territorial cuando en virtud de la orden judicial se le estipule que la EPS deba asumir los gastos de transporte y manutención del paciente, toda vez que la resolución no previó en su contenido la posibilidad de que las erogaciones por transporte fueran asumidas como un servicio de salud que pudiera ser pagado directamente por la entidad territorial al prestador de dicho servicio.

DECISIÓN

En mérito de las anteriores consideraciones, el Juzgado Cuarto Civil Municipal, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas de JOSE MARINO PALTA, portador de la cédula de ciudadanía No. 4.647.552.


SEGUNDO: ORDENAR a ASMET SALUD ESS EPS-S, si a la fecha no lo ha hecho, que en las 48 horas siguientes al recibo de la notificación de este fallo haga las gestiones necesarias para que dentro dicho término se realice efectivamente el suministro de PAÑALES DESECHABLES PARA ADULTO TALLA M X 270, SILLA DE RUEDAS ADULTO PLEGABLE CON LLANTAS TRASERAS INFLABLES Y LLANTA DELANTERA MACIZA, APOYA BRAZOS DESMONTABLE conforme prescripción del médico tratante.

TERCERO: ORDENAR a ASMET SALUD ESS EPS-S, que garantice la atención integral en salud para atender la patología denominada Hemiparesia Derecha padecida por el accionante.

CUARTO: ORDENAR al DEPARTAMENTO DEL CAUCA - SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD pagar directamente a los proveedores o prestadores de salud el valor de los servicios.

QUINTO: REMITIR el expediente a la Corte Constitucional para lo de su cargo si no fuere impugnada la presente providencia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


VICTOR FABIO DE LA TORRE VARGAS
Juez

CIUDAD Popayan

FECHA Febrero 24-2017 CONSECUTIVO No. []

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: **8521196**

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Cama Hospitalaria</u>	<u>1</u>	
<u>colchon antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO : Jose Marino Ralta
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 4647552
 DIRECCION Pescador CIUDAD Popayan
 TELEFONO 3128847873 ENTIDAD DE SALUD Asmat Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Mario Tule Velasco
701489.495
3128847873
Sobriño

FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Entidad

Liamin Villanueva
34565539
Febrero 24-2017
8324435
Vi Halmédica

FIRMA Y HUELLA

FACTURA DE VENTA
 Numero: V - 004612
 Fecha: 2017-JUN-03
 Pagina: 01 de 01

GOBIERNO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL
 891580016-8 Codigo: 891580016
 4 de 7 ESQ

Forma de Pago
 CREDITO 30 DIAS
 Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS
 OC.Nro
 CV.Nro
 Dcto.Alt
 Moneda
 PESOS
 Descuento
 Valor Total
 Iva

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
COCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal : 887,142.00
 Iva : 0.00
 Rte Pte 2.50% : 22,179.00
 Rte Pte 0.00% : 0.00
 Rte Iva : 0.00
 Rte Ica : 0.00
 Regalias : 0.00
 Total : 864,963.00

SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE.

ORIGEN: ORIGEN DE NOTIS ABIGAIL ID: 25520844

Handwritten signature
VITAL MEDICA
 Nit: 805.028.138-1

Se recusa esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
 para facturación No. 50000407697 Fecha: ENE-14-2016 Numeración Habilitada del V - 2618 al V - 10000
 (Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Numero de Autorizacion

8675173

Fecha de entrega: 02/03/2017 09:23:19 AM

RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

PRESTADOR

VITAL MEDICA S.A.S
 CRA 5A # 18AN - 59
 CAUCA
 8374435

(Autorizado)

NIT
 CODIGO
 MUNICIPIO:

002028138
 802028138119
 POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORTEGA	DE MUTIS	ABIGAIL	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
88 A	25520944	15/01/1920	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	
87 LA PLAZA	FEMENINO	19019377	
CAUCA		NIVEL SISBEN	
		NIVEL I	
		TELEFONO	
		MUNICIPIO	FLORENCIA

SERVICIOS AUTORIZADOS

AUTORIZACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	CTC:	SERVICIO	AMBULATORIA
	CODIGO	DESCRIPCION		
	1694	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO		
	1695	SECUELAS DE OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS		
	CANTIDAD	DESCRIPCION		
	1	COLCHON ANTIESCARAS OB.		

del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

NO APLICA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD ORIGEN

6132625

FECHA SOLICITUD

28/02/2017 12:41:02

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verificar y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

valorado por EPS

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 363 000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

REQUEREN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO (2) 8312000

PROFESIONAL NO POS OPTAL

CA- 890434.
 MA- 2017
 PA- 6612

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las IPS Autorizadas. Válida 06 días
 Autorización sujeta a auditoría inedita de la EPS
 AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
 Sistema ASMET SALUD EPS-S

201.38 45219. -2 8327593- 2017/01/17
629

REHABILITAR

Medicina Fisica -Rehabilitacion -Electrodiagnostico -Rehabilitacion Cardiaca -Osteodensitometria
LUIS GONZALO ROSAS ROSAS
MEDICO FISIATRA
Registro medico: 5375/85p

ANGEL ORTEGA DE MUTIS

: 25520844 2017-01-17 14:22:48

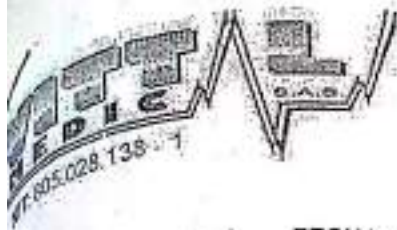
Paciente Colechon para cama hospitalaria #1

Ac
Señales ACV
Compleja derecha

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Popayan Colombia

REHABILITAR
Luis Gonzalo Rosas R.
Médico Fisiatra
RM 5375/85



ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-FI-021-V
Fecha: 20 de Diciembre - 2016
Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

Popayan

FECHA 21-03-2017 CONSECUTIVO No.

En la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo médico quirúrgico conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación: 8675173

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>colchon Antiescaras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Abigail Ortega.
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 75570349
DIRECCIÓN: 81 la plaza CIUDAD Popayan
TELÉFONO 318 242 7011 ENTIDAD DE SALUD Asmet

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S. es responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo médico así referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Parentesco con el Paciente

Juan Carlos Muñoz
761358401
318 242 7011
Nieto



ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
Número documento de identidad
Fecha y Hora de recibido
Teléfono fijo / Celular
Entidad

Juan mil Velasco
30565539
8314435
Vitalmedica



ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 Número del Acta: CAU-2017-03-02-38
 Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 02/03/2017
 Atención Ambulatoria: X
 Datos de identificación del usuario:

TIPO DOCUMENTO	ABIGAIL			NÚMERO	DIJ. MUTIS
	RC	TI	CC		
	CE	PASAPORTE	X		
			TARJETA DIPLOMATICA		
					25520044

Nombre del médico tratante:

Nombre y apellidos:	LUIS GONZALO ROSAS ROSAS		
Registro médico:	537505	c. Especialidad:	
Fecha de solicitud:	17/01/2017	d. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	
		OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	
		20/03/2017	

II. Síntesis del caso objeto del estudio.

Exposición CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	1694	SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO

III. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

c. Procedimiento NO incluido en el POS

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

e. Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombre	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
COLCHON ANTIESCARIAS OS	PREVENCION	UNICO	1	1

El presente es el resultado de la información recibida por el médico tratante, quien ha verificado el suministro de la tecnología en salud según las especificaciones; que el paciente en esta acta al tener en cuenta del 2013 del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS PARA LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR: PACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS DE EDAD CON HISTORIO DE SECUELAS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, NO ESPECIFICADO COMO MEMORANDICHO O ISQUEMICO, HEMIPLEJIA ESPÁSTICA, AFASIA FLUIDA DE LENGUAJE, COMPROMISO DE DEGLUCIÓN, COMPROMISO COGNITIVO, NO MARCHA, DEPENDENTE DE ABC Y AVD, HEMIPLEJIA DERECHA, SE SOLICITA CAMBIO DE COLCHÓN PARA CAMA HOSPITALARIA REVISADA LA LITERATURA CIENTÍFICA Y LO JUSTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, LA TECNOLOGÍA EN SALUD ANEXADA AL DOCUMENTO HOMÓLOGO EN EL POS CON LA QUE PUEDA CONSIDERARSE REPLAZARLA O SUSTITUÍRULA.

La tecnología de criterios	SI	NO
La adquisición o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La incorporación de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin haberse realizado el estudio clínico o parecido satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de proveer u observar reacciones adversas e intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentre en fase de experimentación o flana que se presta de manera gratuita?		X
Existe un riesgo latente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud?	X	

La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad física o el yo de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con énfasis de la pervivencia en condiciones dignas"	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea el adecuado, con el mismo nivel de calidad y efectividad"	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede serlo, siempre de manera de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo prioritario que si existe controversia lo emita el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero"	X	
La falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se protegen ciertas afirmaciones realizadas por los accionantes, contando sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario"	X	

Decisión	SI	NO
tecnología en Salud Aprobada	X	
tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

GUSTAVO MURCIA
CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006613

Fecha : 2017-JUN-03
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 7 ESQ

BOYACIA

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUL-03

Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	1,074,114.00
Iva	0.00
Rte Pte 2.50%	26,853.00
Rte Pte 0.00%	0.00
Rte Iva	0.00
Rte Ica	0.00
Regalias	0.00
Total	1,047,261.00

Valor : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

INCIDENTE: BOJAS COTACIO ASUCENA ID: 25459380

VITTAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138-1

Para de vencer esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorización

9501647

Fecha de entrega: 17/05/2017 02:23:15 PM

RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

PRESTADOR

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8374435

(Autorizado)

NIT
CODIGO
MUNICIPIO:

802028138
802028138119
POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROJAS	COTACIO	AZUCENA	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
44 A	25459380	No CARNE	20/01/1973
SUBSIDIADO	SEXO	NIVEL SISBEN	1935501189
TURMINA	FEMENINO	TELEFONO	NIVEL 1
CAUCA		MUNICIPIO	INZA

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO

CTC: 403331

SERVICIO

AMBULATORIA

CANTIDAD

DESCRIPCION

SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV

del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

NO APLICA

CAMA

NO APLICA

DE SOLICITUD ORIGEN

6594360

FECHA SOLICITUD

08/05/2017 13:11:33

PAGOS COMPARTIDOS

Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014.

por EPS

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

REDE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO (2) 8312000

PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA-5353
FV-663

3162001
3203267783
3117859946

PLAN DE MANEJO EXTERNO

FECHA	FOLIO No.	INGRESO No.
03/05/2017 09:32:52 a.m.	171	889572
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
AZUCENA ROJAS COTACIO		44 Años \ 3 Meses \ 14 Días
ENTIDAD		
ASMET SALUD		
HISTORIA CLINICA	CAMA	SERVICIO
25459380	414A	7320-2 - ESTANCIA GENERAL MEDICA

INDICACIONES A PACIENTE Y/O FORMULACION

SILLA DE RUEDAS METALICA PLEGABLE CON DESCANSABRAZOS REMOVIBLES PARA ADULTO # 1

Total Items: 2

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

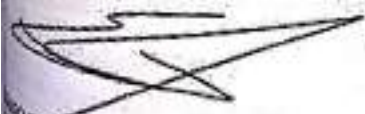
NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE FOLIO:



GONZORA FRANCISCO

1333087

FIRMA PERSONAL DE SALUD

REGISTRO

RECIBI

ENTREGUE

19451213

Firma Digitalizada

Informe reporte : HCRPReporteDBase

Pagina 2/2

Documento A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT (891580002-5)

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

Código: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2018
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

FECHA

CONSECUTIVO No.

Popayan

Por la fecha, Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Silla de ruedas metálica plegable con descansapiernas removibles	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Alicia Rojas Coteiro
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 25459380
 DIRECCION 31 de mayo CIUDAD Popayan
 TELFONO 3203267783 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseo están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Nota: Las ayudas médicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Telefono fijo / Celular
 Permiso con el Paciente

Regismin Alvarez
3169021
320 326 77 83
Esposo


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Telefono fijo / Celular
 Entidad

Genaro Villanueva
34565539
8374435
Vitalmedica


FIRMA Y HUELLA

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobranle: Asmel Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
 Número del Acta: CAU-2017-05-17-103
 Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 17/05/2017

Ambulatoria: X

Monitoreo del usuario.

TIPO DOCUMENTO	AZUCENA		CC	ROJAS	COTACIO
	RC	TI			
	CE	PASAPORTE			
		TARJETA DIPLOMATICA			
			NÚMERO	25459380	

Nombre del médico tratante.

Cédula profesional:

Cédula médica:

Fecha de radicación:

Identificación del caso objeto del estudio.

Código CC 10 que Motiva la

Acta

Estado de la tecnología en salud no POS

Documentos NO incluidos en el POS

Formas de principio activo

N/A

ATC

N/A

Concentración

N/A

Forma Farmacéutica

N/A

No. De Días Tratamiento

N/A

No. De Dosis Día

N/A

Cantidad Autorizada

N/A

Documentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador

Administrativo si lo tiene

Formas de principio activo

N/A

ATC

N/A

Concentración

N/A

Forma Farmacéutica

N/A

No. De Días Tratamiento

N/A

No. De Dosis Día

N/A

Cantidad Autorizada

N/A

Documentos NO incluidos en el POS

CUPS

N/A

Objetivo

N/A

Frecuencia uso

N/A

Cantidad Autorizada

N/A

Tiempo Total

N/A

Motivo de Recurrencia

N/A

Documentos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

CUPS

N/A

Objetivo

N/A

Frecuencia uso

N/A

Cantidad Autorizada

N/A

Tiempo Total

N/A

Documentos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Objetivo

TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION

Frecuencia uso

UNICO

Cantidad Autorizada

1

Tiempo Total

1

N/A DE A ROLLO EN BRAZOS Y PIE REMOV

Justificación de la inclusión y justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS
 La información registrada, el CTC DEPARTAMENTAL, CAVICA, APROBADA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE
 ESTA ACTA AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO, CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS
 DE LA RESOLUCIÓN 0395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN
 ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS, PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO LES CON COMPROMISO MÚLTIPLE DE ORIGEN AUTOMUNDO
 PULMONAR, CRISIS LÚPICA, POLINEUROPATÍA VS MONONEURITIS MÚLTIPLE DE ORIGEN AUTOMUNDO PACIENTE EN REGULAR ESTADO
 GENERALIZADA MIEMBROS INFERIORES CON PRESIONES MEDIDAS DE DISCAPACIDAD, MEJORARA LAS POSIBILIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EN PLENO
 CONTRIBUIR A LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, MEJORARA LAS POSIBILIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EN PLENO
 DESPLAZAMIENTO Y A SU VEZ MEJORA LA CALIDAD DE VIDA.

Justificación de criterios de evaluación y autorización.

La inclusión y realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u competentes en el país?	SI	NO
La inclusión de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin resultado clínico o paracológico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de probar u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica.	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en riesgo latente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?		X
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud?	X	

Justificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones de la POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
La prestación del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atiende la afectación de la salud o bienestar de la parvencia en condiciones dignas?	N/A	N/A
La prestación del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea accesible, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	N/A	N/A
La prestación del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede ser dispensado de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	N/A	N/A
La falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el estado de la enfermedad y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se priorizan las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar lo contrario?	N/A	N/A

Decisión del Comité:

Decisión	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada	X	
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

Responsables del Comité:


NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Seguro Médico RM/19402697
 Representante EPS


ERISBEL LEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS


GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006614

Fecha : 2017-JUN-03
Pagina: 01 de 01

GOBIERNO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Código: 891580016

CL 1 CH 7 ESQ

BOGOTÁ

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUL-03

Vendedor: 805028138 VITTAL MEDICA SAS

OC.Nro	OV.Nro	Dcto.Alt	Moneda
			PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
COLCHON ANTIESCARAS OB	10	1	UND	887,142.00	0.00	887,142.00	0.00

Subtotal	887,142.00
Iva	0.00
Rte Fte 2.50%	22,179.00
Rte Fte 0.00%	0.00
Rte Iva	0.00
Rte Ica	0.00
Regalias	0.00
Total	864,963.00

NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTS.

PACIENTE: ASTUDILLO NAVARRO AURA ALICIA ID: 25714774

VITTAL MEDICA SAS
NIT: 805.028.138-1

Si no se recibe esta Factura cobraremos Interés de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
para facturación No. 50000407697 (Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización

9465774

Fecha de entrega: 15/05/2017 03:20:44 PM

RESPONSABLE DEL PAGO:

ASNET SALUD ESS-062

CODIGO: ESS062

PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 5B
CAUCA
8374435

NIT
CODIGO
MUNICIPIO:

602028138
602028138119
POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ASTUDILLO	NAVARRO	AURA	ALICIA
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
72 A	25714774	13/12/1944	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNE	6205374263
VI LAS PIEDRAS	FEMENINO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CAUCA		TELEFONO	3147006415
		MUNICIPIO	TIMBIO

no tiene @ asnet salud

SERVICIOS AUTORIZADOS

SERVICIO AUTORIZACION COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 402368 SERVICIO AMBULATORIA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION
130219	1	COLCHON ANTIESCARAS OB -

Estado del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

CODIGO NO APLICA

CAMA

NO APLICA

FECHA SOLICITUD ORIGEN

6595903

FECHA SOLICITUD

08/05/2017 14:57:26

PAGOS COMPARTIDOS

"El Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Presupuesto por EPS

\$0 - \$0

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.300

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

QUE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO (2) 8312000

PROFESIONAL NO POS DPTAL

EA-5370.

TV-6614.

Esta orden es Única e Intransferible. Solo Válida en las IPS Autorizadas. Válida 90 días.
Autorización sujeta a auditoría médica de la EPS
AUTORIZADO COORDINADOR RED DE SERVICIOS
Sistemas ASNET SALUD EPS-S

3176012337
8217559.

FORMULA MÉDICA.

00000001

Director: CRA 11 NO 17n-58 Teléfono: 8372909 - 8372910 - 317 401 0338 - 317 503 0846

Doc. CC - 25714774 Nombre: AURA ALICIA ASTUDILLO NAVARRO

Sexo: F Edad: 72 Fecha: 30/04/2017 21:59

Entidad: ASMETSALUD EPS Ocupación:

Medicamento	Presentación	Posología	Cant	Via	Días
colchon antiescaras			1 - UNO		90



Dr. Samir Madrid Juncó
Univ. de Cartagena
R.M. 192072

SAMIR SAMUEL MADRID JUNCÓ
C.C.: 73582832
MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 192072

VIGENCIA 30 DÍAS.
10/05/2017 12:57:08

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

CÓDIGO: CAM-FT-001-V
Fecha: 29 - Diciembre - 2016
V: 02 / Página: 1 de 1
COPIA CONTROLADA

CIUDAD Popayan FECHA _____ CONSECUTIVO No. _____

En la fecha, Vittal Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
Colchon Antiescaras	1	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Ayia Alicia Ascarillo
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 25 714324
 DIRECCION v/ Las Piedras CIUDAD Popayan
 TELEFONO 871 7553 ENTIDAD DE SALUD Asma Salud

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITTAL MÉDICA S.A.S., se hace responsable por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Las ayudas médicas entregadas por Vittal Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Firmas con el Paciente

HERNANDO A. TUDIELO
12522845
26-5-2015
3165360839
Hernando

FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Número documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Teléfono fijo / Celular
 Ciudad

Laura Villanueva
34585539
23-4-435
U. Hospital

FIRMA Y HUELLA

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrannte: Asmet Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"

Número del Acta: CAU-2017-05-15-125

Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 15/05/2017
 Lugar de elaboración: 2
 Tipo de identificación del usuario:

Nombres y Apellidos	AURA		ALICIA		ASTUDILLO	NAVARRO
	RC	TI	CC	X	NÚMERO	25714774
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA			

Nombre del médico tratante:

Nombre y Apellidos:	SAMIR SAMUEL MADRIGAL JUNCO				
Código médico:	102072	E. Especialidad:		N/A	
Fecha de solicitud:	30/04/2017	E. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:		03/05/2017	

Diagnóstico del caso objeto del estudio:

Código de 10 que Motiva la solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	R32X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

Uso de la tecnología en salud no POS

Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre del DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre del DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Tratamiento NO incluido en el POS

CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO	1	1

COLCHON ANTESCARIAS OR

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos
 DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN REGISTRADA, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA APRUEBA EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES
 ANEXAS EN ESTA ACTA, AL TENER EN CUENTA QUE LA SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE Y/O INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS
 CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 0395 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN
 REGISTRADA EN LA PRESENTE ACTA SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO SE JUSTIFICA POR SER UN PACIENTE DE 12 AÑOS CON
 HISTORIA DE ACENTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA, MAS CARCINOMA DE VÍAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE MEDICAMENTE

Verificación de criterios de evaluación y autorización.		SI	NO
¿La ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?		X	
¿La incorporación de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paracológico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de probar u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, lo cual consta en la historia clínica?		X	
¿La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, estético, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?			X
¿Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?		X	
¿Los diagnósticos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en Salud solicitada?		X	

VI. Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones registradas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014		SI	NO
¿El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal o de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afección de la salud del beneficiario de la pervivencia en condiciones dignas?		NA	NA
¿El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y no sea excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad?		NA	NA
¿El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede ser dispuesto por un médico de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?		NA	NA
¿Por falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se exige probar en contrario?		NA	NA

VII. Decisión del Comité:		SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada			X
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización			X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)			X

VIII. Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO CÉDULA DE CIUDADANÍA 7595216 Registro Médico RM/19402097 Representante EPS	ERMISOL LEGARDA CÉDULA DE CIUDADANÍA 10527578 Representante IPS	GUSTAVO MURCIA CÉDULA DE CIUDADANÍA 37518971 Representante USUARIOS
--	---	---

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006616

Fecha : 2017-JUN-03
Pagina: 01 de 01

GOBIERNO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUL-03

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio Unit.	Descuento	Valor Total	Iva%
CONTN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS	10	1	UND	1,102,040.00	0.00	1,102,040.00	0.00

Subtotal	:	1,102,040.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	27,551.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,074,489.00

MONEDAS : UN MILLON SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MCTE.

PACIENTE: LOPEZ RESTREPO HECTOR JAIRO ID: 15368830

[Handwritten Signature]
VITAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138

Se recuerda esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000
para facturacion No. 30000407697

(Firma y Sello)



ab

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Autorizacion

9170075

Fecha de entrega: 26/04/2017 03:38:19 PM

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO:

ASMET SALUD EPS-062

CODIGO: ESS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

(Autorizado)

VITAL MEDICA S.A.S

CRA 5A # 18AN - 59

CAUCA

8374435

NIT

802028138

CODIGO

802028138119

MUNICIPIO:

POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOPEZ	RESTREPO	HECTOR	JAIR
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
61 A	15388830	05/01/1956	
SEXO	MASCULINO	No CARNÉ	6204993803
SUBSIDIADO		NIVEL SISBEN	NIVEL 1
B/LA ESPERANZA		TELEFONO	8387820
CAUCA		MUNICIPIO	POPAYAN

OTRO DOCUMENTO

CIC

PROVEDOR

PRECION

ASISTENTE

SISTEMA ELECTRONICO

SERVICIOS AUTORIZADOS

ACTIVO AUTORIZACION

COMITE TECNICO CIENTIFICO

CTC: 392985

SERVICIO

AMBULATORIA

CODIGO

CANTIDAD

DESCRIPCION

VT3454

1

COJIN ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS -

Estado del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO

NO APLICA

CAMA

NO APLICA

NUMERO DE SOLICITUD ORIGEN

6455910

FECHA SOLICITUD

18/04/2017 11:47:31

PAGOS COMPARTIDOS

"Señor Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 016 de 2014".

Atendidos por EPS

COBRO \$0.

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 368.900

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO

(2) 8312000

CARGO PROFESIONAL NO POS DPTAL

FA 5355.

FV-6616.

REHABILITAR

Medicina Fisica -Rehabilitacion -Electrodiagnostico -Rehabilitacion Cardiaca -Osteodensitometria

CARLOS EDUARDO CRUZ LOPEZ

MEDICO FISIATRA

Registro medico: 211488

CC: 15368830 2017-04-06 16:25:47

Carlos Eduardo Lopez

ANTIESCARAS PARA SILLA DE RUEDAS

PARAPLEJIA

LA ESTANCIA

Carrera 4 # 15N-150 Tels: 8232718-8232449 Popayan Colombia

ACTA DE ENTREGA AYUDAS MÉDICAS

FECHA 05-25-2017 CONSECUTIVO No.

Popayan

Vital Médica S.A.S., hace entrega a usted del siguiente insumo medico quirurgico, conforme a lo establecido en la autorización de servicios que se muestra a continuación:

DESCRIPCION	CANTIDAD	GARANTIA EN MESES
<u>Agua de Jarras</u>	<u>1</u>	

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO Hector Jairo Lopez
 MODELO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ PA ☐ TI ☐ RC ☐ ASI ☐ MSI ☐ No. 15368830
 DIRECCION 8/La Esperanza CIUDAD Popayan
 TELEFONO 833 6076 ENTIDAD DE SALUD Asmet Salud

La garantía, el uso y la forma de aseó están determinados por el fabricante y en ningún caso VITAL MEDICA S.A.S., se responsabiliza por la garantía, cuando la falla del dispositivo se deba a mal uso por parte del paciente.

Las ayudas medicas entregadas por Vital Médica SAS, han sido elaboradas por proveedores bajo los parámetros de la resolución 1319 de 2010.

Con la firma de la presente acta declaro haber recibido a satisfacción el dispositivo medico acá referido:

RECIBIDO POR:

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de Identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Telefono fijo / Celular
 Parentesco con el Paciente

Liliana Maria Rivero J.
31413 713 Cartago (Valle)
25-05-17 2:20 pm
300 859 6606 8336076
España


FIRMA Y HUELLA

ENTREGADO POR

Nombres y apellidos legibles
 Numero documento de identidad
 Fecha y Hora de recibido
 Telefono fijo / Celular
 Entidad

Luis A. Villavieja
34565539
83374435
Vital Médica


FIRMA Y HUELLA

ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Entidad Recobrante: Asmex Salud ESS EPS "Asociación Mutual la Esperanza"
Número del Acta: CAU-2017-04-18-130
Atención Hospitalaria:

Fecha de elaboración: 18/04/2017
Atención Ambulatoria: X
Límites de identificación del usuario:

Nombres y apellidos	HECTOR		JARD		LOPEZ	RESTREPO
	RC	TI	CC	X		
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA			
TIPO DOCUMENTO					NÚMERO	15300330

Salón del médico tratante:

Nombres y apellidos:	CARLOS EDUARDO CRUZ		
Expire médico:	211498	c. Especialidad:	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
Fecha de solicitud:	06/04/2017	b. Fecha de radicación de la solicitud al CTC:	16/04/2017

Diagnóstico del caso objeto del estudio:

Código CIE 10 que Motiva la solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	G822	PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA

Salud de la tecnología en salud no POS

Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombres en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene.

Nombres en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimiento NO incluido en el POS

Nombres	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombres	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dispositivos Médicos, Insumos o Exclusiones del POS

Nombres	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total
COMBIMASCARAS PARA SILLA DE RUEDAS	TRATAMIENTO Y/O REHABILITACION	UNICO		

La base de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos

El Comité de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos, EL CTC DEPARTAMENTAL CAUCA NEGÓ EL SUMINISTRO DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD SEGÚN LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ENCONTRAN EN LA RESOLUCIÓN 5385 DEL 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFICAN Y COMPLEMENTAN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE ACTA. SE OBTUVO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DEL PACIENTE, ANALIZADO EL CASO NO SE JUSTIFICA POR PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON Nódulo de la glándula de la mama izquierda, con tumor de medula espinal, en silla de ruedas, se ordena cojin anti-escaras, silla de ruedas, el Comité Técnico Científico procede a realizar la autorización de la tecnología en salud solicitada, COJIN PARA SILLA DE RUEDAS TENIENDO EN CUENTA QUE LA PRESCRIPCIÓN DEL INSUMO NO SE HA SOPORTADO ANTERIORMENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA. LO ANTERIOR SE SOPORTA SEGÚN EL ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA EL CONTEXTO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SON LAS QUE SE ENCUENTRAN COMO EXCLUSIONES DE COBERTURA AQUELLAS PRESTACIONES QUE NO SERÁN FINANCIADAS CON LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN -UPC- Y SON LAS SIGUIENTES: CIRUGÍA ESTÉTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO Y PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA COSMÉTICA O Suntuaria.

Verificación de criterios de evaluación y autorización.	SI	NO
La adquisición o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u organismos competentes en el país?	X	
La incorporación de la tecnología en salud, es consecuencia de haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin haber resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de haber observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, la cual consta en la historia clínica?	X	
La tecnología en salud NO POS tiene un fin cosmético, suntuario, se encuentre en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el extranjero?		X
Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva?	X	
Los documentos que aporta el médico fueron entregados a tiempo y fueron suficientes para justificar la necesidad de la Tecnología en salud solicitada?	X	
Verificación de los Criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresadas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014	SI	NO
La falta de servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiera, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atende la afectación de la salud con respecto de la pervivencia en condiciones dignas?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que si se encuentre incluido en el POS y sea al menos, con el mismo nivel de calidad y efectividad?	X	
El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede ser prestado por un médico de historia clínica, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesite, siendo claro que al haberse producido una controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero?	N/A	X
Se agota la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, se asumen ciertas afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario?	X	

Verificación de la Decisión del Comité:	SI	NO
Decisión	X	
Tecnología en Salud Aprobada		X
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta u Hospitalización		X
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		X

Responsables del Comité:

NEIL CABALLERO
 CEDULA DE CIUDADANIA 7595216
 Registro Médico RM/19402697
 Representante EPS

ERRISUELEGARDA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10527578
 Representante IPS

GUSTAVO MURCIA
 CEDULA DE CIUDADANIA 10518501
 Representante USUARIOS

VITAL MEDICA SAS
X0138-1
159
A
021

FACTURA DE VENTA
Numero: V -006620

Fecha : 2017-JUN-03
Pagina: 01 de 01

DEPARTAMENTO DEL CAUCA SECRETARIA DE SAL

891580016-8 Codigo: 891580016

CL 4 CR 1 ESQ
POPAYAN

Forma de Pago
CREDITO 30 DIAS

Fecha de Vencimiento
2017-JUL-03

Vendedor: 805028138 VITAL MEDICA SAS

OC.Nro OV.Nro Dcto.Alt Moneda
PESOS

Descripcion	Mo	Cantidad	U.M	Precio_Unit.	Descuento	Valor_Total	Iva%
SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV	10	1	UND	1,074,114.00	0.00	1,074,114.00	0.00

Subtotal	:	1,074,114.00
Iva	:	0.00
Rte Fte 2.50%	:	26,853.00
Rte Fte 0.00%	:	0.00
Rte Iva	:	0.00
Rte Ica	:	0.00
Regalias	:	0.00
Total	:	1,047,261.00

erzas : UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MCTE.

cion: PACIENTE: RUIZ ERAZO DARVY ID: 4611889

VITAL MEDICA SAS
Nit: 805.028.138

des de vencida esta Factura cobraremos Interes de Mora del 0.00% Mensual
ucion para facturacion No. 50000407697 Fecha : ENE-14-2016 Numeracion Habilitada del V - 2618 al V - 10000

(Firma y Sello)

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Autorización: 9527122
Fecha de entrega: 19/05/2017 09:49:26 AM
ASMET SALUD ESS-052
CODIGO: ESS052

RESPONSABLE DEL PAGO
(Autorizado)
DEL PRESTADOR
VITAL MEDICA S.A.S
CRA 6A # 18AN - 59
CAUCA
8074435

NIT: 802028138
CODIGO: 802028138119
MUNICIPIO: POPAYAN

DATOS DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RUZ	ERAZO	DARVY	
CC	NUMERO	FECHA NACIMIENTO	
38 A	4611680	13/06/1978	
SUBSIDIADO	SEXO	No CARNÉ	6204628/57
LAVEGA	MASCULINO	NIVEL SISBEN	NIVEL 1
CAUCA		TELEFONO	
		MUNICIPIO	LA VILGA

SERVICIOS AUTORIZADOS

COMITE TECNICO CIENTIFICO CTC: 404043
SERVICIO: AMBULATORIA

CANTIDAD	DESCRIPCION
1	SILLA DE R RECLIN BRAZOS Y PIE REMOV.

Paciente al momento de la solicitud de autorización:

NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

FECHA SOLICITUD ORIGEN

6631443

CAMA

FECHA SOLICITUD

NO APLICA

12/05/2017 10:01:56

PAGOS COMPARTIDOS

El Prestador, favor verifique y de cumplimiento a las exenciones en el cobro de copago establecidas en la circular 015 de 2014.

VALOR MAXIMO TOPE EN PESOS

\$ 360000

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

¿QUIEN AUTORIZA?

VIVIANNE ANDREA HURTADO JIMENEZ

TELEFONO: (2) 8312000

¿PROFESIONAL NO POS OPTAL?

EA-5356

Fv-6620