

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	27/09/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
WILLIAM ROJAS GARCIA		19438051	19438051			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
20/09/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 30 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS EN TTO CON ANTIDIABETICOS ORALES CON POCA RESPUESTA POR LO QUE SE INICIO MANEJO CON INSULINA.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO DE INSULINA		TRATAMIENTO	N/A	0,3333	80	180
CUMS, CUPS:	82133					
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS EN TTO CON ANTIDIABETICOS ORALES CON POCA RESPUESTA POR LO QUE SE INICIO MANEJO CON INSULINA. SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellido	Documento de Identificación	Contrato
MARTHA PATRICIA ZABARAIN DE LA ESPRIELLA	22581107	30-10-245964-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION		E149
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS EN TTO CON ANTIDIABETICOS ORALES CON POCA RESPUESTA POR LO QUE SE INICIO MANEJO CON INSULINA. SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o cuando existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos o intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 15 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA B. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	SE PUEDE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS OFICIALES O PUBLICADAS PARA EL EFECTO. EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23 Dic. 2004
Res. Faci DIAN No.310000053645 de 20/MAYO/2011 del FARI-1 al FARI-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA /
FAR100000001078704

FECHA DE EXPEDICION
DD MM AAAA
28 02 2013

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

Referencia: 270814-28022013-25

ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

Documento de Identificación

Tipo Nit. No. 800251440-6

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

No. DE ORDEN DE COMPRA

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AAAA

29 05 2013

PAGAR ANTES DEL

29 05 2013

DD MM AAAA

DIRECCION / SUCURSAL

CL 100 11B 67

CIUDAD

Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
82133	RESERVOIRIO INSULINA PDD OMM PDD UND CUM 9-00	PZA	10	\$144,887.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.00

AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
EPS SANITAS
11 ABR 2013
REVISADO
FIRMA: [Firma]

CANCELADO

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
DE C. JULIO 32
13 MAR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación de Título Valor.

**FACTURA
RECOBRABLE**
DEVOLVER A AUDITORIA MED.
CON COMPROBANTE DE EGRESO

Contrato : 0300100000245964000102
Usuario : 22581107-MARTHA PATRICIA ZABARAIN DE LA ESPRIELLA
Id. Medico : 800149695-FARMASANITAS SAS
Tipo Aut. : INSUMOS COMITE
Fecha Entrega : 27-FEB-13
Autorizacion : 331R55

TOTAL BRUTO

\$1,448,670.00

DESCUENTOS

\$0.00

SUBTOTAL

\$1,448,670.00

IVA TOTAL

\$0.00

TOTAL A PAGAR

\$1,448,670.00

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
SEISCIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Rayd Moran Montes	[Firma]	Firma:
Firma:	[Firma]	Nombre:
Nombre:	[Firma]	No. documento de identidad:
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Original Cliente - Contabilidad, 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

Fecha de Expedición 27/02/2013		Compañía/Plan (Selecciona la compañía y el plan respectivo) ☒ COL SANITAS ☐ MEDISANTAS ☐ S.E.P.S. SANITAS		No. de Autorización (del Sistema) 4754663		No. 331855	
DO MM AAAA		☐ Integral ☐ Modular		☒ POS ☐ PAC			
INFORMACIÓN DEL USUARIO Nombre Completo Banabry Zabaraín de la Espriella				Documento de Identificación Tipo Número martha cc		Plan No. de Contrato Familia Usuario 2258 1107 -30-10-245964-1-2	
INFORMACIÓN DE PRESTADORES Médico que ordena 19436051.							
Médico que practica 8.00149695							
Institución 8.00149695							
Tipo de servicio: ☐ Diagnóstico ☒ Terapéutico Clase: FA Información del volante: ☐ Consultorio ☒ Ambulatorio ☐ Hospitalario Días: _____							
PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS							
Código		Descripción				Sesiones/Terapias	
696300049		Insurno no pos - otras entregas.					
		Cte Acta Bogotá DC - 111-201208338 del 27/09/2012					
		8/6 entregas.					
		Ordena Dr. Rojas. Rm 19436051 + 101195#					
		Reservar amniotomía para parto de insulina					
OBSERVACIONES Feb 27/13 Martha Zabaraín cc 22.591.104 6129478							
ELABORADO POR Nombre William Escobar		APROBADO POR Nombre Cecamin		OFICINA QUE SOLICITA Nombre Cecamin		Sede	
CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS		Original: Prestador - Copia: Servicios médicos				Junio de 2007	

DR. WILLIAM ROJAS G.

MEDICINA INTERNA - ENDOCRINOLOGIA
EPIDEMIOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

NOMBRE

Martha P. Zabaraín

IDENTIFICACION

22581107

EDAD

40

FECHA

Dic 07/12

Reservorio para insulina para \$ 36
bomba Omnipod- Utilizar 1 reservorio cada 3
días.(se formula 2 reservorios de reserva
al mes)Formule para
3 meses

Consultorio: Cra. 21A No. 124 - 55 • Cons. 509 Telefax: 215 3211 - 612 0213



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061001

No Consecutivo recobro: 132060610041

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 132060610041 - 267878

CC / 1032434167 / M-06-13

Radicación de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
a(s) del Acta(s) del CTC	1	1
ura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medica(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC	0	

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1032434167

Primer Apellido: SOTELO

Segundo Apellido: AREVALO

Primer Nombre: GERMAN

Segundo Nombre: AUGUSTO

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: E

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Inicio (SNI)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Dignificado (CIE)	% Semanas	NT Proveedor
1	111-2012094067	12/09/2012	03/09/2012	S	02/2013-06	FAB100000001077068	21/02/2013	13/03/2013	E109	100.00	800149695-1
FARMASANITAS SAS											
SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE											
Código Medicamento Servicio o Prestación: 103240											
Nombre Medicamento Servicio o Prestación: SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE											
Tipo Item: IN											
Cantidad: 5											
Valor Unitario: \$ 477.000,00											
Valor Total: \$ 2.385.000,00											
Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación: \$ 0,00											
Valor Recobro: \$ 2.385.000,00											

Total Recobrado: \$ 2.385.000,00

IV.e. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS											
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Freuencia Uso	Valor Total
1	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00
Valor Total: \$ 2.385.000,00											

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	12/09/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702690

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de identificación		Registro Médico		
NATHALIA SANCHEZ MUÑOZ		52862085		52862085		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)			TIPO			
03/09/2012			CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	"PACIENTE DE 22 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR ADECUADO CONTROL METABOLICO, USO DE BOMBA DE INSULINA POR HIPOGLICEMIAS INADVERTIDAS Y SINTOMATICAS."					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE		TRATAMIENTO	N/A	0,1666	30	180
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	"PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR ADECUADO CONTROL METABOLICO, USO DE BOMBA DE INSULINA POR HIPOGLICEMIAS INADVERTIDAS Y SINTOMATICAS SE SOLICITA SENSORES ENLITE POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GERMAN SOTELO AREVALO	1032434187	01/01/3010

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E10S
Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADOS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CON CUADRO CLÍNICO DE PRESENTAR ADECUADO CONTROL METABOLICO, USO DE BOMBA DE INSULINA POR HIPOGLICEMIAS INADVERTIDAS Y SINTOMÁTICAS SE SOLICITA SENSORES ENLITE POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE."

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 15 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA B. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 40232444

Fecha: 21/02/2013:08:07

Depende:

Formula med:000019339075

Secuencia:

Compania:EPS SANITAS
Plan:(10) INTEGRAL

Nit:6002514406 Codigo:EPS005
Telefono:018000919100 Num_Vol: 6554060

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
SOTELO_AREVALO,GERMAN_AUGUSTO	C 1032434167	25/12/1989	2694894
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 32 A # 25 B - 75 BL 4	30-10-1102999-1-	655-SB	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(11001)BOGOTA	(11001)BOGOTA D. A		

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA COLSANITAS S.A.	N 800149384		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

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

Servicio	Descripcion Servicio	Demant	Unidad
696300049	INSUMO NO PUS - OTRAS ENTREGAS		0

OBSERVACIONES

ETC ACTA BOGOTA DC 111-2012003963 DEL 12/09/2012 SE AUTORIZA
POR 6 MESES **ETA ENTREGA **ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE**
ORDENA DR. SANCHEZ RM. 52062085 # RECLAMA CALLE 116 # SENSORES ELITE
INCLUYE ADHESIVOS) PARA USO DE BOMBA INSULINA *50

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA CALLE 80

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
CALDERON RUBIANO, SANDRA L	OFICINA CALLE 80	BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo	telefono	Elabora
ASESOR INTEG - AUX EXE		Fecha impresion
	CRSL	21/02/2013:08:07

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 23-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CABE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Handwritten notes:
Germa Sotelo
19145212
Tel 269 4894
21-2013

7. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Actura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicas(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3
Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposita Acta de CTC (Formato MYT-01)	0	

IV. Detalle del recibo																			
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solución Médico	Periodo los (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Código Modificación Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio a Prestación	Tipo Cantidad Item	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Modificadora / Copago / Recuperalación	Valor Recibo	
1	11001-1	28/01/2013	23/01/2013	S	02/2013-02	FAR100000001098574	25/02/2013	19/03/2013	E119	100.00	800149695-1	82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00	\$ 1.448.670.00

Total Recobrado:

IV.e. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS												
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS												
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS				
								Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad
1	RESERVORIO INSULINA POO OMNIPHO	PIEZA	0.33	30	10	\$ 144.567,00	\$ 1.445.670,00	0	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 28/01/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
FERNANDEZ VELEZ FABIO		79388258	2366		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
28/01/2013		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE AHCE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIFÍCIL MANEJO CON MÚLTIPLES EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS Y CETOACIDOSIS.				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	82133				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRODUCIDA.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellido	Documento de Identificación	Contrato
MONTOYA REY JUAN DIEGO	88020354267	30-10-886415-1-4

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E119
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE AHCE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE DIFÍCIL MANEJO CON MÚLTIPLES EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS Y CETOACIDOSIS. SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRODUCIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA B. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS SanitasDr. Marco Fidel Perez
Representante IPSSra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 95 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6465060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 13944 23-Dic-2004
Res. Fact DIAN No.310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001098574

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
12	03	2013

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

Referencia: 274246-12032013-36

ORIGINAL

Sucursal: 137_FARMA_FUSAGASUGA

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Crédito	Contado	DD	MM	AAAA		
		X		10	06	2013		
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				10	06	2013		
				DD	MM	AAAA		
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67		Bogota, Bogota D.C., Colombia		57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD UNO CUM-0-00	PZA	6	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$869,202.00
82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD UNO CUM-0-00	PZA	4	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$579,468.00
Contrato : 0300100000968415000104 Usuario : 98020354267-JUAN DIEGO MONTOYA REY Id. Medico : 800174851-S.N.Q.NUESTRA SRA. DE BELEN DE FUSAGASUGA LTDA. Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ Fecha Entrega: 25-FEB-13 Autorizacion : 49303838; 49303838					TOTAL BRUTO		\$1,448,670.00	
					DESCUENTOS		\$0.00	
					SUBTOTAL		\$1,448,670.00	
					IVA TOTAL		\$0.00	
SON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****					TOTAL A PAGAR		\$1,448,670.00	

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Diana Calderon Rojas		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente.- Contabilidad.- 1a. Copia Cliente.- Contabilidad.- 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49303838 Fecha: 22/02/2013:10:20
Dependé: Formula med:000019362958
Secuencia:

Compania:EPS SANITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 125401

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
MONTOYA_REY, JUAN_DIEGO	T 98020354267	03/02/1998	8672643
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CALLE 3 # 11 - 40	30-10-988415-1-4	192-SC	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(25290) FUSAGASUGA		@	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Fuente Ent
S.M.Q. NUESTRA_SRA. DE BELEN DE	N 800174851		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

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

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
696300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P	0

PENDIENTE
FARMASANITAS

OBSERVACIONES
PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTC RECOBRABLE ACTA 11001-20130128182 BOGOTA DE 28/01/2013. ACTA VIGENTE POR 6 MESES. 2DA ENTREGA. ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE. ORDENA DR GOMEZ RM 2366# FARMASANITAS FUSA # RESERVORIOS DE INSULINA MARCA OMNIPOD CAJA X (10*)

EPS SANITAS
SOCIEDAD POR ACCIONES INTERNACIONAL
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA FUSAGASUGA

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Apoderado ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
DIAZ_LEON, OLGA LUCIA OFICINA FUSAGASUGA FUSAGASUGA
Cargo Telefono Elabora Fecha impresion
SUPERV-COORD- DIRECTOR- A SRYA 23/02/2013:11:45

294245-3

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 24-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA.

SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA
NUESTRA SEÑORA DE BELEN DE FUSAGASUGA LTDA

Clínica BELEN
DE FUSAGASUGA

Transversal 12 N°17-01
Teléfono: 8808888/8808880
CITAS: 8809578 - 880 9679
Celular: 3157825135 - 3202344212
www.clinicabelen.com.co

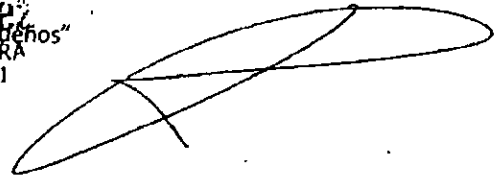
NOMBRE: Juan Diego Montoya FECHA: Enero 28/3

DOCUMENTO: _____

1/ Reservas para insulina Merck.
Omnipod para 6 meses, Caja x 10
Para Cambio c/3 días, reservas:

Caja # 6 (Srs)

 **Luzo Gómez**
"Patrimonio de los fusagasugueños"
MEDICO PEDIATRA
C.C. 71.598.381
R.M. 2366



 391619 094 F394

Ciudad:	BOGOTÁ	Fecha Acta:	02/03/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
HOLGUIN DIEGO		19427187		19427187		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
23/02/2013		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINDEPENDIENTE QUE NO LOGRA MANETENER LAS CIFRAS DE GLUCEMIA DENTRO DE METAS CON EL ESQUEMA USUAL. POR LO QUE SE INDICA MANEJO CON BOMBA DE INSULINA OMNIPOD CON BUENA RESPUES					
Identificación del procedimiento/insuano solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insuano		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD		TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	82133					
Justificación Medicamento No POS:	ES EL RESERVORIO DE INSULINA QUE SE ADHIERE A LA PIEL DEL PACIENTE, REALIZANDO DE MANERA AUTOMÁTICA LA INSERCIÓN DE LA CÁNULA. ESTE DISPOSITIVO HA BIDO FABRICADO PENSANDO EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE SU USUARIO. POR ELLO PODRÁ BAÑARSE, NADAR, REALIZAR EJ					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Control
HOYOS GARZON JUDITH	51712284	0

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E108
Análisis del Caso:	PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINDPENDIENTE DE DIFICIL MANEJO REFRACTARIA AL ESQUEMA USUAL DE INSULINA. POR LO QUE TIENE INDICACION DE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paracénica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 15 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuano:	A
--	---

A. APROBADA B. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	SE DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O ODCETRIAS REFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR VIO CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuano	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Oct-2004
Res. Fca DIAN No.310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001097090

FECHA DE EXPEDICION		
DD	MM	AAAA
12	03	2013

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

Referencia: 273888-12032013-14

ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Crédito	Contado	DD	MM	AAAA		
		X		10	06	2013		
Documento de Identificación Tipo Nit. No. 800251440-6		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
				10	06	2013		
				DD	MM	AAAA		
DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67		CIUDAD Bogota, Bogota D.C., Colombia		TELEFONO 57571-6466060				
PRDDUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	IVA	IVA	VALOR TOTAL
82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD UNO CUM-00	PZA	10	\$144,887.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.00
CANCELADO FACTURA RECOBRABLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO AUDITORIA MEDICA ALTO E C C ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32 19 MAR 2013 RECIBIDO PAGO CUENTAS MEDICAS No implica aceptación de la Firma Valor. ENTRADA DE PAGO CC 2013-201 AUDITORIA MEDICA ORGANIZACION SANTAS SANTAS F2 034070 Diana F. Rodriguez								
Contrato : 0300100000437475000101				TOTAL BRUTO	\$1,448,670.00			
Usuario : 51712284-JUDITH AMPARO HOYOS GARZON				DESCUENTOS	\$0.00			
Id.Medico : 19427187-DIEGO HOLGUIN LEZA				SUBTOTAL	\$1,448,670.00			
Tipo Aut. : INSUMOS COMIDE				IVA TOTAL	\$0.00			
Fecha Entrega: 11-MAR-13				9621690110121012	\$1,448,670.00			
Autorizacion : 49413721								
SON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****				TOTAL A PAGAR	\$1,448,670.00			

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Martha Saavedra Tiga		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49413721 Fecha: 06/03/2013:20:06
Depende: Formula med:000019496062
Secuencia:

11001-20130302000 DEL 02/03/2013 BOGOTA

Compania:EPS SANITAS Nit:80025114406 Codigos:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 6640337

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
HOYOS_GARZON,JUDITH AMPARO	C 51712284	16/12/1963	4331418
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CALLE 112 # 79 - 16 INT A APT 30-10-437475-1-1 549-SC			
Municipio	Departamento	E-Mail	
(11001)BOGOTA	(11001)BOGOTA D. E		

Medico Ordena	Identificacion	Codigos	Puerta Ent
HOLGUIN_LEMA,DIEGO	C 19427187		H
Medico Practica	Identificacion	Codigos	Telefono
FARMASANTAS SAS	H 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

Servicio	Descripcion Servicio	Denom Unitad
697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANTAS	P 1 GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTE RECORSABLE ACTA NUMERO 11001-20130302000 DEL 02/03/2013 BOGOTA
ACTA VIGENTE POR 6 MESES ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE.
ORD DR HOLGUIN LEMA,DIEGO C 19427187 HALLEREN FOS PARA ACUM INHALABERICA DE INSULINA OMNIDON10

EPS SANITAS
OFICINA MEDICA
BOGOTA D.C

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba Oficina Ciudad
GAMBA_VELANDIA,SANDRA PAO OFICINA CALLE 100 (EPS- BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo
SUPERV-COORD- DIRECTOR- (1)

EPS SANITAS INTERNATIONAL
USAY 11/03/2013:09:33

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 05-APR-13

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

Gudeth Amparo Hoyos
51712284
8700008



DIEGO HOLGUIN MD.
DIABETÓLOGO U.B.A.

Nombre:

José Luis Hoyos

Fecha:

Feb 23, 2013

R.1

Pacientes no con bomba
insulina de nivel
de omnino N: 10 diez
centímetros de 3 a 5.

Formularios de meses

ON to

CC 517-2284

Diego Holguin Hoyos

5/7/2284

87000000

AV. CLL 127 No. 21-360 Tels: 6272046-16159000-3108805703 die.holguin@gmail.com
Cons. 309 Reina Sofía

DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD		No. Doc.	No. Folios
DOCUMENTO		1	2
la(s) del Acto(s) del CTC			
turn(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	2	
Orden(es) o Formula(s) Medic(a)s	0	0	
Supuestos integrados del Recobro	3	3	
Totales:	5	7	

De los de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior	0
Acta de	

(Formato MYT-01)

Total Recobrado: \$ 70.930,00

IV.a. Oatón medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS				
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ALQUILER BARANDAS TRES PLANOS	EVENTO	2.00	30	60	\$ 474.00	\$ 28,440.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL	EVENTO	1.00	30	30	\$ 2,213.00	\$ 66,390.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

Ciudad:	CALI	Fecha Acta:	16/11/2012
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472816	MARGARITA MARIA GIRALDO GARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico
CAMILO ORTIZ		15456355	760203
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO	
13/10/2012		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA . NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA		
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:			
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso
CAMA HOSPITALARIA MANUAL	REHABILITACION	N/A	0,0333
CUMS, CUPS:	84980	Cantidad	6
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.		
TIEMPO	160		

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
TAMAYO DE SALINAS BELIA MARGOTH	38967722	30-10-420718-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA		F03
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA . NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, CHIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	16/11/2012
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico
CAMILO ORTIZ		16456355	760203
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO	
13/10/2012		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA, NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA		
Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:			
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso
CAMA HOSPITALARIA CON BARANDAS	TRATAMIENTO	N/A	0,0333
Cantidad	Tiempo		
6	180		
CUMS, CUPS:	64859		
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.		

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
TAMAYO DE SALINAS BELIA MARGOTH	38967722	30-10-420718-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA		F03
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA, NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA B: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS REVISADAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron Peña
Dr. Wilson Baron Peña
Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo
Dra. Margarita Maria Giraldo
Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
Sra. Amparo Castro Pinzon
Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.148.895-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fed. DIAN No 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001111439

FECHA DE EXPEDICION
DO MM AAAA
19 03 2013

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 74 DEL CODIGO DE COMERCIO

Referencia: 276410-19032013-21

ORIGINAL

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUDES

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Crédito	Contado	DO	MM	AAAA		
		X		17	06	2013		
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				17	06	2013		
				DD	MM	AAAA		
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67 ,		Bogota, Bogota D.C., Colombia		57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
84959	ALO BARANDAS TRES PLANOS REF ADT UND	PZA	60	\$474.00	\$0.00	16	\$4,550.00	\$28,440.00
84960	ALO CAMA TRES PLANOS REF AKT UND	PZA	30	\$2,213.00	\$0.00	16	\$10,622.00	\$66,390.00
CANCELADO								
AUDITORIA MEDICA ALTO COSTO FARMASANTAS 22 MAR 2013 FACTURA RECORRIBLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO								
ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32 22 MAR 2013 RECIBIDO PARA SU ESTUDIO No implica aceptación como Título Valor								
RECEIVED SANTAS FARMASANTAS 22 MAR 2013								
TOTAL BRUTO				\$94,830.00				
DESCUENTOS				\$0.00				
SUBTOTAL				\$94,830.00				
IVA TOTAL				\$15,172.00				
TOTAL A PAGAR				\$110,002.00				
Contrato : Usuario : 38967722-BELIA TAMAYO Id. Medico : Tipo Aut. : Fecha Entrega: 18/02/13 Autorizacion :								
SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****								

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

Emisor:	Firma de quien reviso:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Yelbi Trujillo Lamilla		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

2101210110717452

347



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retefuente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Factura de Venta N°: P0294811

Factura por Computador Resolución N°. 50000314901 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL Fecha: 25/02/2013 Tipo de Factura: Crédito Movil: Conductor:

Paciente: BELIA MARGOT CAMAYO Código 80905 CL 47 ANTE 3CN-44, VIPASA, Santiago de Cali Teléfono : 6641845	Responsable: FARMASANITAS Nit/Cc. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6608863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6606853 Orden de Servicio: 49086250
---	---

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00 Observaciones : RENOVIACION FEB/13

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABT	ALQUILER DE BARANDAS DE TRES PLANOS		60,00	UNID	431,00	25.862,00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNID	2.011,50	60.345,00

DETALLE DE ALQUILERES			
Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
BARANDA DE TRES PLANOS	M-08-BT	11/01/2013	09/02/2013
BARANDA DE TRES PLANOS	M-41-BT	11/01/2013	09/02/2013
CAMA TRES PLANOS PINOS	M-07-KT	11/01/2013	09/02/2013

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Cuota Moderadora:

Total a Pagar: \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Grabación: 25/02/2013
Hora Grabación: 09:04:45 PM
Código: 1701

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 824-2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali
SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali - E-mail: oximed@grupooxi.com

262

324

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1-. Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se comprometa a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2-. Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3-. Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4-. En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5-. OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6-. Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7-. Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8-. Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9-. La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10-. OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causen a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

VOLANTE DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

49086250

Solicitud: 49086250

Fecha: 08/02/2013:11:57

Pág No: 1 / 1

Depende:

Orden Medica: SI0000019115238

Secuencia:

Compania	EPS SANITAS	Nit	8002514406	Codigo	EPS005				
Plan	(10) INTEGRAL	Telefono	018000919100	Num_Vol:	1955982				
Nombre Usuario	TAMAYO_DE SALINAS,BELIA_MARGOTH	Identificacion	C 38967722	Fec.Nacim	23/10/1944	Tel.Residencia	6645251		
Direccion	CALLE 47 N # 3 C - 44	Contrato	30-10-420718-1-2	Antig.	566-S	Categ	A	Tel.Acudiente	
Municipio	(76001)CALI	Departamento		E-Mail	@				
Medico Ordena	CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	Identificacion	N 800149384	Codigo	7600104336-02				
Medico Practica	FARMASANITAS CALI 2	Identificacion	N 800149695	Codigo		Telefono	6670073		
Direccion	AV 4N No. 7N-53 Piso LOCAL 102	Departamento	(76001)VALLE DEL CAUCA	Municipio	(76001)CALI				
Institucion	FARMASANITAS CALI 2	Identificacion	N 800149695	Codigo		Telefono	6670073		
Direccion	AV 4N No. 7N-53 Piso LOCAL 102	Departamento	(76001)VALLE DEL CAUCA	Municipio	(76001)CALI				
Tipo Proced.	TERAPEUTICO	Clase	AT	Lugar	AMBULATORIO				
Gula	NO APLICA	Tipo Volante	PRINCIPAL						
Servicio	501010196	Descripcion Servicio	SERVICIO NO POS(501010196)	Pqt		Bil	N	Grupo	0

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
ANEXAR VALE(S) DE ASISTENCIA MEDICA

ACTA CTC 76001-20121116072 DEL VALLE VIGENTE POR SEIS MESES : CUARTA MESCTC RECOBRABLE S/A CAMA CLINICA MANUAL
3 NIVELES CON 4 BARANDAS DX SINDROME DE INMOVILIDAD - SINDROME OEMENCIAL - IRC ORDENA DR. CAMILO ORTIZ TEL
6641845

CONDICION

VOLANTE NORMAL

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

FIRMA Y SELLO

Original

Institucion

Funcionario Aprueba

ESCOBAR_PATINO,BLANCA_

Cargo

SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL:

Oficina

CALI - PRINCIPAL

Telefono

Elabora

QAC

Ciudad

CALI (PRINCIPAL)

Fecha impresion

08/02/2013:11:59

VALIDO POR 30 DIAS HASTA:10/03/2013



ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL



CLINISANTAS

ORGANIZACION **SALUD** INTERNACIONAL

54

350

13 de Octubre de 2012

BELIA MARGOTH TAMAYO DE SALINAS

CC 38967722

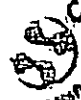
CTO 3010 - 420718 - 1 - 2

Favor autorizar

Cama clinica manual tres niveles con cuatro barandas

Por ciento ochenta días

DIAGNOSTICO: Síndrome de Inmovilidad
Síndrome Demencial
IRC

 Camilo Ortiz Mill
C/C. 16.456.355
(R.M. 760203)
UNIVERSIDAD DEL VALLE

265

327

80905



NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, Feb 18 del 2.013

No. Autorización 0000 _____

SEÑORES:
OXIMED LTDA
Tel: 524-27-02
Ciudad

Comedidamente solicito el suministro de Cama Clinica durante el presente mes,
al domicilio del usuario: manual de 3 niveles con Cuatro barandas.

Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
<u>Belta Tamayo</u>	<u>CII 47^{AW} + 3^{CN} - 44</u>	<u>6675543</u>	
	BARRIO: <u>VIPASA</u>		

De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente

NIT. 800.149.695-1

Oswal Zarga
Firman Autorizada
FARMASANITAS LTDA.

Firma del usuario

54

352

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

 E.P.S. SANITAS SEGURO DE SALUD EN COLOMBIA NIT. 800.251.440-8		CUOTA MODERADORA 0107707246433007210034848032-45	VALOR: 23.900
AFILIACIÓN No.: 30-10-420718-1		NOMBRE DEL AFILIADO: Belia Tameyo	AFILIADO No.
DA: 23 MES: 12 AÑO: 13		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN:	
1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CÁJILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE: NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. 3. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ URGENCIA HOSPITALARIA ☐ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: ☐ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	
		DIAGNÓSTICO:	
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: 38967722	FIRMA DEL AFILIADO: 



(0107707246433007(21)0034848032

CUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR

267

329



Solicitud de recabro por concepto de medicamenturas, servicios médicos y prestaciones de salud NO P09 - CTC
MYT-01

I. Datos de Recobro					
No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:	13206061001				
No Consecutivo recobro:	1320606100446				
Tipo Radicación:	1				
Número Radicación anterior MYT01:	0				
II. Datos de la Entidad					
Código SNS:	EPS005				
Razón Social:	EPS SANITAS SA				
	CIE: 1320806100448 - 267879				
					
	CC / 101B41844 / M-08-13				
III. Datos del afiliado					
Tipo de documento:	CC	Número de documento de identidad:	1015441844		
Primer Apellido:	JASSIR	Segundo Apellido:	MEDINA	Primer Nombre:	JALIL
Tipo de afiliación:	B	Nivel de cuota moderadora:	E	Segundo Nombre:	NAZIB

V. Declaración de la entidad			
/	DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
copias) del Acta(s) del CTC		1	2
Actura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)		1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicale(s)		0	0
Soportes Integrales del Recobro		2	2
		Totales:	4 5
Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Recobro Anterior			
No. Radicación anterior reposit Acta de CTC (Formulario MYT-01)			0

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicit. al Municipio	Periodo Solicit. (S/M)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuentas Modernización / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	11001-20121127035	27/11/2012	01/11/2012	S	03/2013-04	FAR1000000001084648	01/03/2013	13/03/2013	E108	100,00	800148985-1	FARMASANTITAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 0,00	\$ 180.000,00
2	11001-20121127035	27/11/2012	01/11/2012	S	03/2013-04	FAR1000000001084648	01/03/2013	13/03/2013	E108	100,00	800148985-1	FARMASANTITAS SAS	82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA	IN	90	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

Total Recobrado:

\$ 650,000.00

IV.s. Datos medicamentos, servicios médicos, y/o prestaciones de salud NO POS												
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS												
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Dosis Autorizadas	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS				
								Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18,000.00	\$ 180,000.00	0	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SET INFUSION OMBIA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47,000.00	\$ 470,000.00	0	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

History

133

353

268

320

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	27/11/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico
IVAN DARID ESCOBAR		70074004	10898
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO	
01/11/2012		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 19 AÑOS DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION PACIENTE CON DT DESDE LOS 5 AÑOS TRATADO CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA SIN LOGRAR BUEN CONTROL CLINICO.		
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:			
Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso
SET DE INFUSION 8 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0,3333
CUMS, CUPS:	82629		
Justificación Medicamento No POS:	SE REQUIERE SET DE INFUSION 6 ML X 23 PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS		

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JASSIR MEDINA JALIL NAZIB	1015441644	30-10-431489-1-7

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SUGIERE AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 19 AÑOS DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION PACIENTE CON DT DESDE LOS 5 AÑOS TRATADO CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA SIN LOGRAR BUEN CONTROL CLINICO. SE REQUIERE SET DE INFUSION 6 ML X 23 PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUE E SE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO S DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO. EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	27/11/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

2. Resumen de la Solicitud Elabuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
IVAN OARIO ESCOBAR		70074004	10896			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
01/11/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 19 AÑOS DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION PACIENTE CON D1 DESDE LOS 5 AÑOS TRATADO CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA SIN LOGRAR BUEN CONTROL CLINICO.					
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insuño		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO PARADIGM MMT 332A		TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	74501					
Justificación Medicamento No POS:	SE REQUIERE RESERVORIO PARADIGM MMT 332A PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellido	Documento de Identificación	Control
JASSIR MEDINA JALIL NAZIB	1015441644 /	30-10-431489-1-7

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E108
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 19 AÑOS DIAGNOSTICADO CON DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION PACIENTE CON D1 DESDE LOS 5 AÑOS TRATADO CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA SIN LOGRAR BUEN CONTROL CLINICO. SE REQUIERE RESERVORIO PARADIGM MMT 332A PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 89 12 24 Bogotá, Colombia PBX 0466060 Fax 0464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fact DIAN No. 310000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4, 14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001084648

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD	MM	AAAA
04	03	2013

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

Referencia: 271730-04032013-32

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito	Contado
X	

FECHA DE VENCIMIENTO

DD	MM	AAAA
02	06	2013

Documento de Identificación

Tipo Nit. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

DD	MM	AAAA
02	06	2013

DIRECCION / SUCURSAL

CL 100 11B 67 ,

CIUDAD

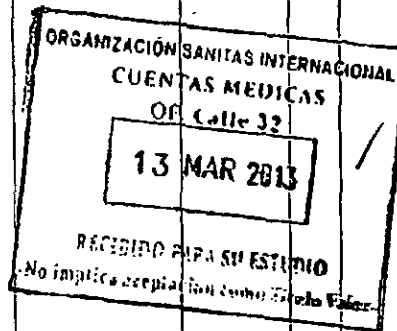
Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 2.0ML CUM-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.00
82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ A 10 QUICK 0.125 CUM-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00

CANCELADO



Contrato : 0300100000431489000107
Usuario : 1015441644-JALIL NAZIB JASIR MEDINA
Id.Medico : 70074004-IVAN DARIO ESCOBAR DUQUE
Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
Fecha Entrega: 01-MAR-13
Autorizacion : 49404859

TOTAL BRUTO

\$650,000.00

DESCUENTOS

\$0.00

SUBTOTAL

\$650,000.00

IVA TOTAL

\$28,800.00

SON: SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR

\$678,800.00

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de Identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad: 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutiva

Página 1 de 1

271

333



Dr. Iván Darío Escobar Duque
Medicina Interna - U.P. Bolivariana
Endocrinología - U. del Rosario
Reg. Med. 70074004 de la S.D.S. de Bogotá
C.C. 70074004

Nombre: Salil Jassir
Fecha: Nov 2012

① set de infusión para bomba
de insulina mmct 339
1 caja
(10 unidades)
Para cambio
cada 3 días

② Reservorio Paradigma mmct-332
3.0 ul # 1 caja
Para cambio
cada 3 días
(10 unidades)

Dr. Iván Darío Escobar Duque
MEDICINA INTERNA
ENDOCRINOLOGÍA
R.M. 70074004



6 MESES

Carrera: 19 A N° 82 - 51 Cons: 102
Tel (PEX) 2362958 - 6106150 / Telefax: 2361439
Tel Cel: 321- 6354180 / 300 - 5711504

Chavez P. Medina
C.C. 51.787.530
Tel 2711179
mana

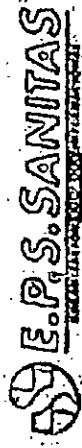
Bogotá, Febrero de 2013

Señores
EPS Sanitas
Carrera 15 calle 94 o donde corresponda

Por medio de la presente, yo Jalil Nazib Jassir Medina, identificado con C.C # 1.015.441.644, número de afiliación 3010-431489-7, autorizo a mi mamá, Claudia Patricia Medina Lozano identificada con C.C # 51.787.530, para que reclame en mi nombre los insumos para bomba de infusión de insulina: Reservorio Paradigma MMT-332; Set de infusión MMT-339 y para que realice todos los trámites que se requieran para tal fin.

Atentamente,


Jalil Nazib Jassir Medina



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicación de entidad reclamante: 132060610047

No Consecutivo recobro: 132060610047

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: D

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606100447 - 287879

CC / 1016428245 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1015429245

Primer Apellido: JASSIR

Segundo Apellido: MEDINA

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: E

Primer Nombre: SAID

Segundo Nombre: ALI

IV. Datos de la entidad

Deducción de la entidad

DOCUMENTO

opla(s) del Acta(s) del CTC

adure(s) del Proveedor(es) Carpoelada(s)

Orden(es) o Formula(s) Medic(s)

Soportes Integrales del Recobro

Totales:

Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Recobro

No Radicación anterior reposa Acta de CTC

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Fatura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	11001-20121127029	27/11/2012	01/11/2012	S	FAR10000000108-647	01/03/2013	13/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 0,00	\$ 180.000,00
2	11001-20121127029	27/11/2012	01/11/2012	S	FAR10000000108-647	01/03/2013	13/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

Total Recobrado: \$ 650.000,00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD - NO POS														
SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
2	SET INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 27/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
IVAN DARIO ESCOBAR		70074004	10896		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
01/11/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	"PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN TIPO 1 DESDE HACE 10 AÑOS CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA QUE NO LOGRA BUEN CONTROL CLINICO."				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION 6 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0.3333	60	180
CUMS, CUPS:	62629				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JASSIR MEDINA SAID ALI	1015428245	30-10-1048907-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION TIPO 1 DESDE HACE 10 AÑOS CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA QUE NO LOGRA BUEN CONTROL CLINICO. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES."	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decision Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 27/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLAND CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de identificación		Registro Médico		
IVAN DARIO ESCDBAR		70074004		10896		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
01/11/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	"PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINDEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION TIPO 1 DESDE HACE 10 AÑOS CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA QUE NO LOGRA BUEN CONTROL CLINICO."					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO PARADIGM MMT 332A		TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	74501					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO PARADIGM MMT 332A PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JASSIR MEDINA SAID ALI	1015429245	30-10-1048907-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 28 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION TIPO 1 DESDE HACE 10 AÑOS CON TERAPIA CONVENCIONAL INTENSIVA QUE NO LOGRA BUEN CONTROL CLINICO. SE SOLICITA RESERVORIO PARADIGM MMT 332A PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES."

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro de) Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DE/INDICADAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 1224 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fca DIAN No.31000853645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA
FAR1000000001084647

FECHA DE EXPEDICION
DD MM AAAA
04 03 2013

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

Referencia: 271730-04032013-32

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Credito	Contado	DD	MM AAAA			
		X		02	06 2013			
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				02 06 2013				
				DD	MM AAAA			
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67		Bogota, Bogota D.C., Colombia		57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM-0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,080.00
82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ X 10 QUICK 8X23 CUM-0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00
FACTURA RECOBRABLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO								
Concreto : 8300100081848907000101 Usuario : 1015429245-SATO ALI JASSIR MEDINA Id.Medico : 70074004-IVAN DARIO ESCOBAR DUQUE Tipo Aut. : INSUMOS COMITE Fecha Entrega: 01-MAR-13 Autorizacion : 49484778				TOTAL BRUTO		\$650,000.00		
				DESCUENTOS		\$0.00		
				SUBTOTAL		\$650,000.00		
				IVA TOTAL		\$28,800.00		
SON: SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****				TOTAL A PAGAR		\$678,800.00		

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma:
Firma:		Nombre:
Nombre:		No. documento de identidad:
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Original Cliente - Contabilidad: 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

11/11/13 11:11:11 11/11/13 11:11:11 11/11/13 11:11:11 11/11/13 11:11:11

Solicitud: 49404778

Fecha: 28/02/2013:12:23

Pagina No: 1 / 1

Depende:

Formula med: SI0000019485494

Secuencia:

Compañia: EPS SANITAS

Nit: 8002514406

Codigo: EPS005

Plan: (10) INTEGRAL

Telefono: 018000919100

Num_Vol: 6603670

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Residencia
JASSIR MEDINA, SAID ALI	C 1015429245	01/02/1992	2326826
Direccion	Contrato	Antig	Categ
CALLE 44 # 125	30-10-1048907-1-1	560-S	C
Municipio	Departamento	E-Mail	Tel.Acudiente
(11001)BOGOTA	(11001)BOGOTA D.C.	@	
Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent.
ESCOBAR_DUQUE, IVAN_DARIO	C 70074004		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

Servicio	Descripcion Servicio	Genom	Cant	Unidad
697300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P	1	GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION

CYC RECOCRABLE ACTA NO. BOGOTA D.C.-11001-20121127029 DEL 27/11/2012 VIGENCIA SEIS MESES. CUARTA ENTREGA
 ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE 4/6.
 ORDENA DR ESCOBAR RM 70074004 # CALLE 95 # SET INFUSION PARA BOMBA DE INSULINA MMT-399 UNID*10 # RESERVORIO
 PARADIGMA MMT332 UNID*10

Medina-Molina
 C.C. 51-787530
 Tel 2711479
 Mama

VOLANTE NORMAL

EPS SANITAS
 SERVICIO PRIMARIO
 OF CALLE OF
 Original

Funcionario Aprueba

ALVAREZ_GARCIA, ANDREA DEL PILAR

Oficina

OFICINA REGIONAL BOGOTA

Ciudad

BOGOTA (PRINCIPAL)

Cargo

SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL 3

Telefono

Elabora

Fecha impresion

AGAD

28/02/2013:12:23

VALIDO POR 720

HORAS HASTA 30-MAR-13

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



Dr. Iván Darío Escobar Duque
Medicina Interna - U.P. Bolivariana
Endocrinología - U. del Rosario
Reg. Med. 70074004 de la S.D.S. de Bogotá
C.C. 70074004

Nombre:

Saïd Jassir.

Fecha:

NOV 2012

Chudis P. Medina

C.C. 51787530

Tel 2711179

m91 men

① set de infusión para bomba
de insulina MMT -339

1 caja

para cambio
cada 3 días

(10 unidades)

② Reservorio para insulina MMT 332.
3.0 ml

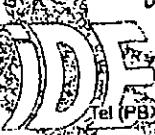
1 caja

Para cambio
cada 3 días

(10 unidades)

17679991

Válido para 6 meses



INSTITUTO DE
DIABETES &
ENDOCRINOLOGIA

Dr. Iván Darío Escobar Duque
MEDICINA INTERNA
ENDOCRINOLOGIA
R.M. 70074004

Carrera 19 A N° 82 - 51 Cons: 102

Tel (PBX): 2362958 - 6106150 / Telefax: 2361439

Cel: 301-6854180 / 300-5711504

ivan_escobard@yahoo.com

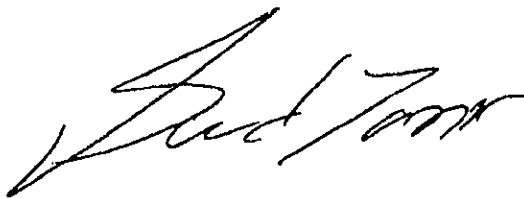


Bogotá, febrero de 2013

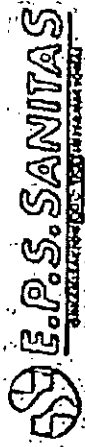
Señores
EPS Sanitas
Carrera 15 calle 94 o donde corresponda

Por medio de la presente, yo Said Ali Jassir Medina, identificado con C.C # 1.015.429.245, número de afiliación 3010- 1048907, autorizo a mi mamá, Claudia Patricia Medina Lozano identificada con C.C # 51.787.530, para que reclame en mi nombre los insumos para bomba de infusión de insulina: Reservorio Paradigma MMT-332; Set de infusión MMT-339 y para que realice todos los trámites que se requieran para tal fin.

Atentamente,



Said ali Jassir Medina



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061001

No Consecutivo recobro: 1320606100448

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606100448 - 267878

TI/1018902478 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: TI

Numero de documento de identidad: 1018902478

Primer Nombre: SEBASTIAN

Segundo Nombre:

Segundo Apellido: TOBON

Nivel de cuota moderadora: E

IV. Declaración de la entidad

DOCUMENTO

la(s) del Acta(s) del CTC

tura(s) del Proveedor(s) Cancelada(s)

den(es) o Formula(s) Médica(s)

No. Doc. 1

No. Folia 3

Soportes Integrales del Recobro

Totales: 4

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formulario MYT-01) 0

IV. Detalle del recobro

Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/M)	Periodo Suministro	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recupera	Valor Recobro
1	11001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	S	02/2013-02	FAR1000000001068148	15/02/2013	13/03/2013	E109	100,00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	41346	LANCETA ULTRASOFT	IN	100	\$ 243,00	\$ 24.300,00	\$ 0,00	\$ 24.300,00
2	11001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	S	02/2013-02	FAR1000000001068148	15/02/2013	13/03/2013	E109	100,00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 0,00	\$ 180.000,00
3	11001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	S	02/2013-02	FAR1000000001068148	15/02/2013	13/03/2013	E109	100,00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

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

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	LANCETA ULTRASOFT	PIEZA	8,67	15	100	\$ 243,00	\$ 24.300,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
2	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0,33	30	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
3	SET INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0,33	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

Total Recobrado: \$ 874.300,00

Ciudad:	BOGOTA	Fecha Acta:	16/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702690

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico
PAOLA DURAN VENTRURA		52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO	
02/01/2013		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009.		
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:			
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso
SET DE INFUSION 6 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0,3333
CUMS, CUPS:	82629	Cantidad	60
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.		
POS:			

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellido	Documento de Identificación	Contrato
RAMIREZ TOBON SEBASTIAN	1019902475	30-10-160149-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA H: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, OTRAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTU. EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Ciudad:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	16/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
PAOLA DURAN VENTRURA		52047001	52047001		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
02/01/2013		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLÍNICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009.				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	74501				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
RAMIREZ TOBON SEBASTIAN	1019902475	30-10-160149-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLÍNICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009. SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA II: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	
SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BDGOTA	FECHA ACTA:	16/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de identificación		Registro Médico		
PAOLA DURAN VENTRURA		52047001		52047001		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
02/01/2013		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO OESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTNO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
LANCETA GLUCOMÉTRICA DIABETES INSULINO DEPENDIENTE		TRATAMIENTO	N/A	3,6666	1200	180
CUMS, CUPS:	41348					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA LANCETA GLUCOMETRICA DIABETES INSULINO DEPENDIENTE NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
RAMIREZ TOBON SEBASTIAN	1019902475	30-10-160149-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BUNBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009. SE SOLICITA LANCETA GLUCOMETRICA DIABETES INSULINO DEPENDIENTE NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

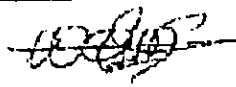
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

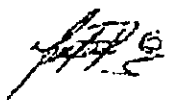
A. APROBADA B. NEGADA

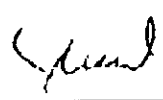
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT: 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6460060 Fax 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res: DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001069148

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA
25 02 2013

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

Referencia: 268952-25022013-25

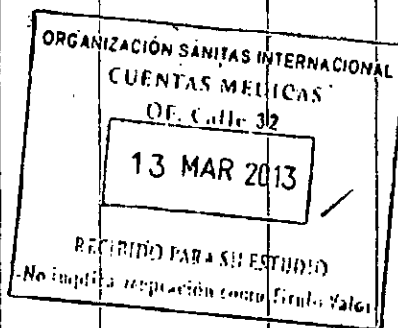
ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA	CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
	Credito	Contado	DD	MM	AAAA
	X		26	05	2013
Documento de Identificación	No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
Tipo Nit. No. 800251440-6			26 05 2013		
			DD	MM	AAAA

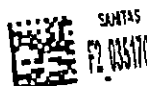
DIRECCION / SUCURSAL	CIUOAD	TELEFONO
CL 100 11B 67	Bogota, Bogota D.C., Colombia	57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUPTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
36753	LANCETA ULTRASOFT REF 02080101 CAJ X 100 LIFESCAN CUM-0-00	PZA	200	\$243.00	\$0.00	16	\$7,776.00	\$40,600.00
745D1	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMAT-332A CAJ X 18 PARADIGMA 3.0ML CUM-0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.00
82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMAT-339 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM-0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00

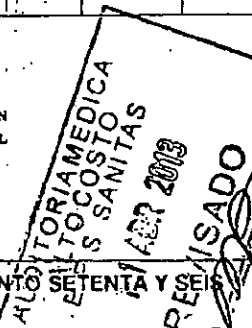


FACTURA
RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

CANCELADO



Contrato : 0300100008160149000102
Usuario : 1019502475-SEBASTIAN RAHIREZ TOBON
Id. Medico : 860035992-FUNDACION CARDIO INFANTIL
Tipo Aut. : INSUMOS CONITE
Fecha Entrega : 15-FEB-13
Autorización : 49193703; 49193703



TOTAL BRUTO	\$698,600.00
DESCUENTOS	\$0.00
SUBTOTAL	\$698,600.00
IVA TOTAL	\$36,576.00
TOTAL A PAGAR	\$735,176.00



SON: SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

49193703

Solicitud: 49193703

Fecha: 15/02/2013:10:26

Pagina No: 1 / 1

Depende:

Formula med: SI0000019237821

Secuencia:

Compania: EPS SANITAS

Nit: 8002514406

Codigo: EPS005

Plan: (10) INTEGRAL

Telefono: 018000919100

Num_Vol: 6518185

Nombre Usuario RAMIREZ_TOBON,SEBASTIAN_	Identificacion T 1019902475	Fec.Nacim 11/02/2005	Tel.Residencia 2712214
Direccion CARRERA 48 # 142 A - 51 TRR.2 AP. 904	Contrato 30-10-160149-1-2	Antig 411-S	Categ A
Municipio (11001)BOGOTÁ	Departamento (11001)BOGOTA D.C.	E-Mail @	Tel.Acudiente

Medico Ordena FUNDACION_CARDIO_INFANTIL	Identificacion N 860035992	Codigo	Puerta Ent. N
Medico Practica FARMASANITAS SAS	Identificacion N 800149695	Codigo	Telefono 9999999

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

Servicio	Descripcion Servicio	Denom	Cant	Unidad
696300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS		0	

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

ORD DRA. DURAN RM 52047001 # FARMACIA CALLE 95 # LANCETAS ONE TOUCH ULTRASOFT *100 CUBRIMIENTO PDS Y 100 POR CTC + RESERVORIOS DE 3 ML. *10 # SET DE INFUSION DE 6MM *10 CTC RECOBRABLE ACTA 11001-20130116065 DE BOGOTA DEL 16/01/2013 VIGENCIA POR 6 MESES, 2DA ENTREGA ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE 2/6

Glenn Corleau
cc 25 N2293
12 2532463

VOLANTE NORMAL

E.P.S. SANITAS
ORGANIZACION SANITARIA INTERNACIONAL
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA CONSULTORIOS CRS

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba
FLOREZ_QUINTANA,LILIANA_CECILIA
Cargo
ASESOR INTEG - AUX EXP VOL

Oficina
OFICINA CONSULTORIOS CRS.
Telefono
Elabora
FQLC

Ciudad
BOGOTA (PRINCIPAL)
Fecha impresion
15/02/2013:10:26

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 17-MAR-13



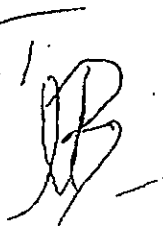
ORGANIZACION SANITARIA INTERNACIONAL
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Bogotá, 2013

Nosotros Luz María Tobón C con C.C. No. 42.102.459 de Pereira y Mario Humberto Ramírez S. con C.C. No. 10.016.923 de Pereira padres de Sebastián Ramírez Tobón identificado con TI 1019902475, autorizamos Gloria Inés Cardona con C.C. No. 25.152.293 de Santa Rosa de Cabal, Abuela de Sebastián Ramírez T. para reclamar los medicamentos que nos entrega la EPS de su tratamientos de Diabetes Mellitus Tipo I.

Cordialmente,

Luz María
Luz María Tobón C.



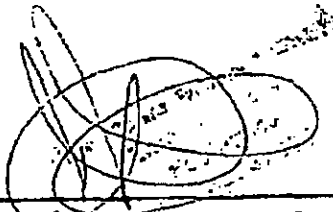
Mario Humberto Ramírez S.

FUNDACION CARDIO INFANTIL
 DRA. PAOLA DURAN
 Endocrinología Pediátrica
 Tel 6694588

Nombre: Sebastian Ramirez Tobon
 Fecha: ENGO 12013
 Dx : DMI

Cintillas de Glucometria #
 Cintillas de Cetonuria #
 Lancetas # 200 veces One touch
 Jeringas Unidades # (1200 x 6 uds)

Gloria Cordano
 @ 25/152293
 Tel. 2532463
 #48404804

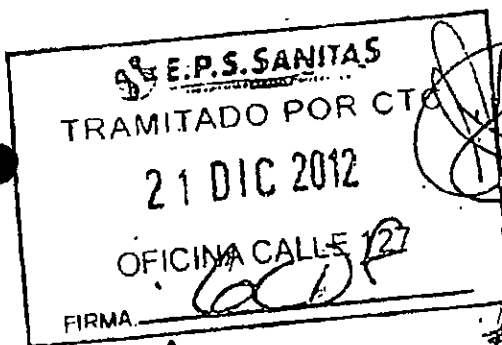


E.P.S. SANITAS
 TRAMITADO POR CTC
 21 DIC 2012
 OFICINA CALLE 127
 FIRMA: *[Signature]*

FUNDACION CARDIO INFANTIL
 DRA. PAOLA DURAN
 Endocrinología Pediátrica
 Tel 6694588

Nombre: Sebastian Ramirez Tizon
 Fecha: Enero 12013
 Dx : DMI

- 1) Reservorios de 3 ml
Caja x 10 Unidad #1 (6 x 6 meses)
- 2) Set de Infusión de 6 mm
Caja x 10 Unidades #1 (6 x 6 meses)
- 3) Sensores Enlite para medir glucosa
Caja x 5 Unidades # 1 (6 x 6 meses) **NO**
- 4) ADHESIVOS IV 3000 # 10 (60 x 6 meses) **NO**



48404804

[Signature]
 CC 25 152293
 ID 2532460

CIUDAD:	MEDELLIN	FECHA ACTA:	28/08/2012
---------	----------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
RAFAEL IGNACIO MESA OSPINA CC 71663296	CLAUDIA MARIA CALLE CORREA CC 43876106	LUZ AMANDA ZEA TORRES CC 39629620

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
DIANA CECILIA ARISTIZABAL G.		38437018	4735			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
22/06/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE DIFÍCIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLICEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
BOMBA DE INSULINA		TRATAMIENTO	N/A	D,0055	1	180
CUMS, CUPS:	85785					
Justificación Medicamento No POS:	*PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE DIFÍCIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLICEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE. SE SOLICITA BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO + SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA(MINILINK) SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLICÉMICO, DISMINUIR					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de identificación	Control
SUSANA GOMEZ GONZALEZ	99020607773	30-10-294304-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	E148
Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLICEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE. SE SOLICITA BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO + SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA(MINILINK) SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLICEMICO, DISMINUIR SINTOMAS REDUCIR HIPOGLICEMIAS Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO, MEJORAR CALIDAD DE VIDA."

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

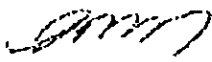
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

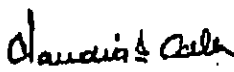
A. APROBADA N. NEGADA

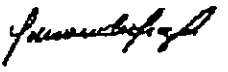
Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. Rafael Ignacio Mesa
Representante EPS Sanitas


Dra. Claudia Calle Correa
Representante IPS


Sra. Luz Amanda Zea Torres
Representante de Usuarios

CIUDAD: MEDELLIN	FECHA ACTA: 28/08/2012
------------------	------------------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
RAFAEL IGNACIO MESA OSPINA CC 71863296	CLAUDIA MARIA CALLE CORREA CC 43876106	LUZ AMANDA ZEA TORRES CC 39629620

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de identificación	Registro Médico			
DIANA CECILIA ARISTIZABAL G.		39437018	4735			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
22/08/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLICEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Precedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE		TRATAMIENTO	N/A	0,0055	1	180
CUMS, CUPS:	71773					
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLICEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE. SE SOLICITA SENSORES ENLITE SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLICEMICO, DISMINUIR SINTOMAS REDUCIR HIPOGLUCEMIAS Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO, MEJORAR					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellido	Documento de Identificación	Control
GOMEZ GONZALEZ SUSANA	99020807773	30-10-294304-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	E146
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADOS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE DIFÍCIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMÁTICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLUCEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALÉAS FRECUENTE. SE SOLICITA SENSORES ENLITE SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLICÉMICO, DISMINUIR SÍNTOMAS REDUCIR HIPOGLUCEMIAS Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO, MEJORAR CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	MEDELLIN	FECHA ACTA:	28/08/2012
---------	----------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
RAFAEL IGNACIO MESA OSPINA CC 71863298	CLAUDIA MARIA CALLE CORREA CC 43878108	LUZ AMANDA ZEA TORRES CC 39628620

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
DIANA CECILIA ARISTIZABAL G.		39437018		4735		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
22/08/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLUCEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE.					
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insuño		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO + SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA(MINILINK)		TRATAMIENTO	N/A	0,0055	1	180
CUMS, CUPS:		74500				
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLUCEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE. SE SOLICITA BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO + SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA(MINILINK) SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLUCEMICO, DISMINUIR					

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
SUSANA GOMEZ GONZALEZ	89020607773	30-10-294304-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	E149
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SDUCITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS MELLITUS TIPO 1 QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE DIFICIL MANEJO REFIERE ESTA SINTOMATICA CON VISION BORROSA Y GLUCOSA CON HIERGLUCEMIAS POST DESAYUNA Y ALMEURZO SE SIENTE CANSADA Y CON CEFALAS FRECUENTE. SE SOLICITA BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO + SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA(MINILINK) SE REQUIERE PARA MEJORAR CONTROL GLUCEMICO, DISMINUIR SINTOMAS REDUCIR HIPOGLUCEMIAS Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO. MEJORAR CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	A
---	---

A: APROBADA B: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

FACTURA DE VENTA

SSF00000000305081

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD	MM	AAAA
17	08	2012

SÚMINISTROS Y SERVICIOS FARMACEUTICOS SAS
NIT. 900.489.830-0
AV 82 10 62 P 5 Bogotá, Colombia PBX.6341500 Fax.

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

Res. DIAN No.310000058780 del 2012/01/18 Autoriza Fac por Comp del SSF-1 al SSF-700.000 IVA REGIMEN COMUN

Referencia1: 213702-17082012-20

ORIGINAL

Referencia2: 728287-102459983-113

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Crédito	Contado	DD	MM	AAAA		
		X		15	11	2012		
Documento de identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				15	11	2012		
				DD	MM	AAAA		
DIRECCION/ SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67 ,		Bogota, Bogota D.C., Colombia		57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
85785	BOMBA INSULINA REF MMT-754XX UND PARADIGMA YEO CUM:0-00	PZA	1	\$19,225,750.00	\$0.00	0	\$0.00	\$19,225,750.00
74500	SISTEMA MONITOREO CONTINUO GLU REF MMT-7707NA BOL X 1 MINILIN CUM:0-00	PZA	1	\$4,597,701.00	\$0.00	16	\$735,632.00	\$4,597,701.00
71773	CARELINK USB REF MMT-7305NA UND CUM:0-00	PZA	1	\$238,667.00	\$0.00	16	\$38,187.00	\$238,667.00
80712	LANCETA DEVICE REF MMT-335 CAJ X 1 QUICK SETTER CUM:0-00	CAJ	1	\$66,667.00	\$0.00	0	\$0.00	\$66,667.00
TOTAL BRUTO					\$24,128,785.00			
DESCUENTOS					\$0.00			
SUBTOTAL					\$24,128,785.00			
IVA TOTAL					\$773,819.00			
TOTAL A PAGAR					\$24,902,604.00			

Contrato : 0300100000294304000103

Usuario : 99020607773-SUSANA GOMEZ GONZALEZ

Id.Medico : 100000000-PRESTAR ATENCION MEDICO INSTITUCIONAL PARA

Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ

Fecha Entrega : 09-JUL-12

Autorizacion : 45487599

SON: VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:

Elaborado por: Yelbi Trujillo Lamilla

Firma:

Nombre:

Firma de quien revisa:

Firma:

Nombre:

No. documento de identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Datos de quien recibe a conformidad

Firma:

Nombre:

No. documento de identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

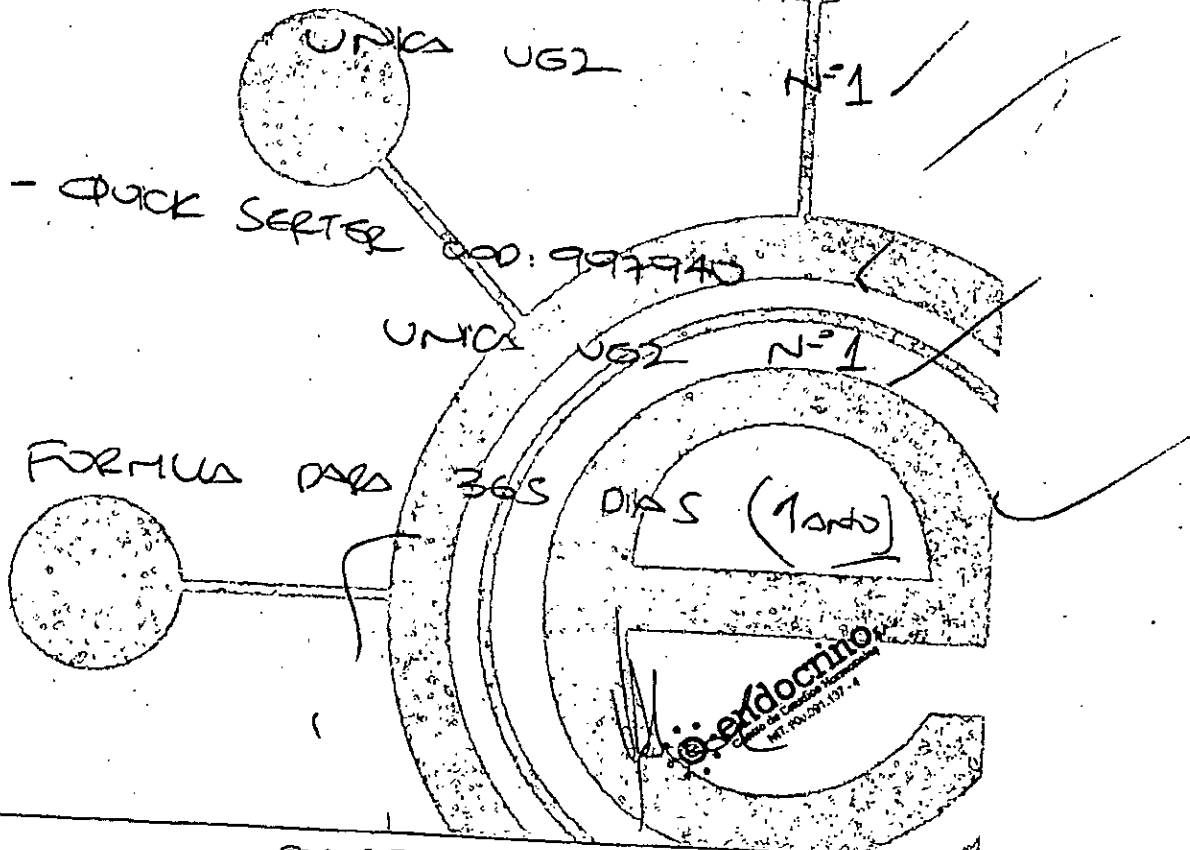
Original Cliente - Contabilidad: 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1



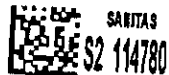
Nombre SUSANA GOMEZ GONZALEZ
 Fecha MAR-29-2012
 TI 99020607773

- SISTEMA DE INFUSION CONTINUA DE
 INSULINA (BOMBA DE INSULINA
 PARADIGM U60 7SA)



Centro de Especialistas Intermédica
 Calle 7 No. 39 - 197 • Consultorio 1112 • Teléfono (574) 326 0303
 E-mail: endocrino@una.net.co • Medellín - Colombia

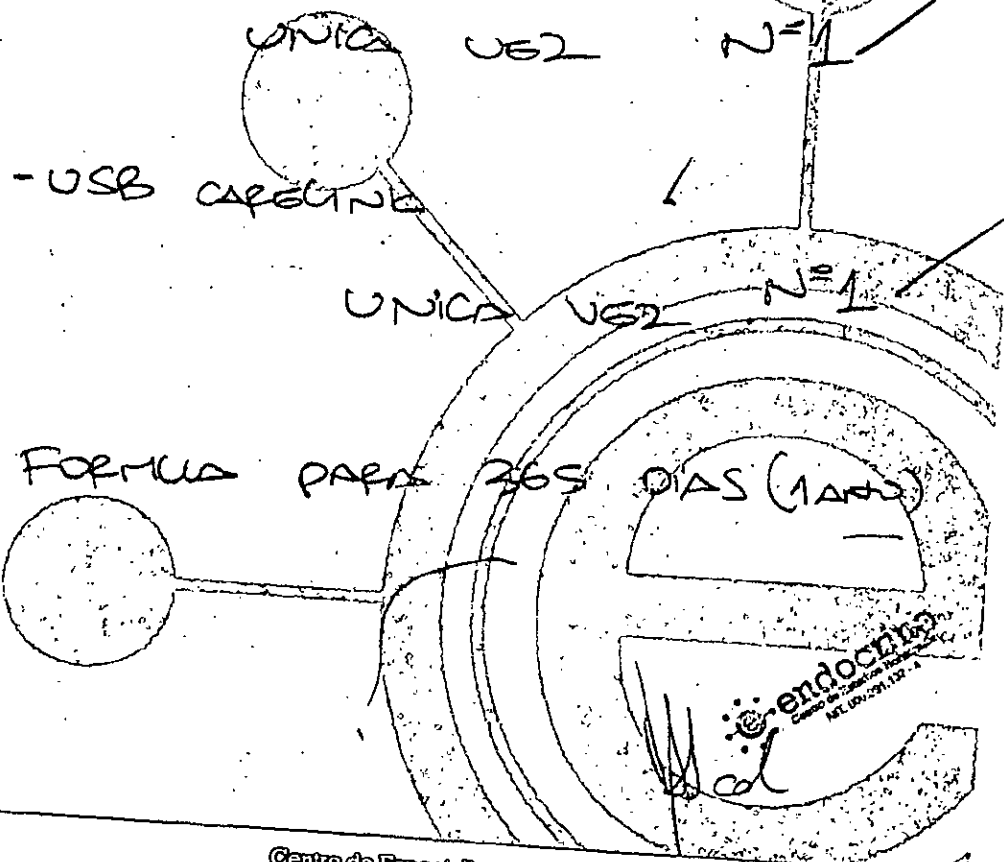
Ma Adelaida Gonzalez
 CC 42893677
 tel 3124650





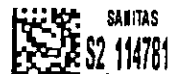
Nombre SUSANA GOMEZ GONZALEZ
 Fecha MAYO 29. 2012
 TI 99020607773

- SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO
 DE GLUCOSA (MINILINK)



Centro de Especialistas Intermédica
 Calle 7 No. 39 - 197 • Consultorio 1112 • Teléfono (574) 326 0303
 E-mail: endocrino@une.net.co • Medellín - Colombia

Maria Adelaida Gonzalez
 CC 42893677
 TEL 3124656



AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Formula medi0000015013245

Pag No:1 /1

Solicitud: 45487599
Depende:

Fecha:02/07/2012:12:06

Compania:EPS SANITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 1455555

Nombre Usuario Identificacion Fec.Nacim Tel.Resid
GOMEZ_GONZALEZ,SUSANA_ T 99020607773 06/02/1999 000000
Direccion Contrato Antig Categ Tel.Acudie
00000 30-10-294304-1-3 607-SC
Municipio Departamento E-Mail
(05001)MEDELLIN no

Medico Ordena Identificacion Codigo Puerta Ent
MED_INST,MEDICO_INSTITUCIONAL C 100000000 N
Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
SUMINISTROS Y SERVICIOS FARMA N 900489830 9999999

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

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
696300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS...	P	0

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARN Y DOC. DE IDENTIFICACION
RECOBRABLE ACTA #
ANEXAR CUOTA MODERADORA

CTC RECOBRABLE CORRESPONDE A # SISTEMA DE INFUSION CONTINUA DE INSULINA (BOMBA DE INSULINA PARADIGMA VEO 754) # (1) # QUICK SERTER SOD 997940 # (1) # SISTEMA DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (MINILINK # (1) # USB CARELINK # (1) #
ORDENA VERONICA ABAD LONDOOQO RM 536990.
CTC ACTA MEDELLIN 51-201206815 DEL 28/06/2012 ACTA VIGENTE POR 6 MESES ***UNICA ENTREGA *** ANEXAR ORDEN MEDICA VIGETE

Ma Adelaida Gonzalez
cc 42893677
tel 3124656

EPS. SANITAS S.A.
SERVICIOS MEDICOS
MEDELLIN

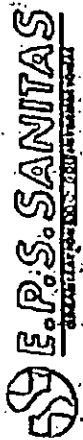
FIRMA Y SELLO
Original



Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
APARICIO DIAZ, MARIA	MEDELLIN	MEDELLIN (PRINCIPAL)
Cargo	Suplente	Fecha impresion
SUPERV-COORD- DIRECTOR- A	MCME	09/07/2012:09:21

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 01-AUG-12 213702.17 AGO 2012 -20

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA.



I. Datos del Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 1320606100105

No Consecutivo recobro: 1

Tipo Radicación: 0

Numero Radicación anterior MYT01:

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606100105 - 267882

000000054864944

CC / 26880189 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 26880189

Primer Apellido: PEREZ

Segundo Apellido: DE MENA

Primer Nombre: MARIELA

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	2	2
Factura(s) del Proveedor(es) Canoodle(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicin(s)	1	1
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	5	5

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (SIN)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Documento (CIE)	% Serenitas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	75001-2012122111	21/12/2012	06/12/2012	S	02/2013-03	FAR100000001111434	22/03/2013	F03	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	87024	ALQUILER BARANDA CAMA ELECT	AC	60	\$ 474.00	\$ 28.440.00	\$ 0.00	\$ 28.440.00
2	75001-2012122111	21/12/2012	06/12/2012	S	02/2013-03	FAR100000001111434	22/03/2013	F03	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	84960	ALQUILER CAMA 3 PLANOS	AC	30	\$ 2.213.00	\$ 66.390.00	\$ 0.00	\$ 66.390.00

Total Recobrado: \$ 94.830.00

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

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	8 las Autorizadas	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Valor Total	Valor Unitario	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ALQUILER BARANDA CAMA ELECT	EVENTO	2.00	30	60	\$ 474.00	\$ 28.440.00	8	0	\$ 28.440.00	\$ 0.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	ALQUILER CAMA 3 PLANOS	EVENTO	1.00	30	30	\$ 2.213.00	\$ 66.390.00	0	0	\$ 66.390.00	\$ 0.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	21/12/2012
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472818	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31885717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ARISTIZABAL OVIEDO GUILLERMO FERNANDO	94428874	784160
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
06/12/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 85 AÑOS CON CUADRO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. PRESENTE EPISODIO DE SANGRADO INTESTINAL DE ORIGEN INDETERMINADO DETERIORO DEL ESTADO FUNCIONAL DE BASE HASTA LA POSTRACION QUE SE DIFICULTA MANEJO EN CAMA NORMAL	
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:		
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo
ALQUILER BARANDA CAMA ELECT	TRATAMIENTO	N/A
CUMS, CUPS:	87024	
Justificación Medicamento No POS:	UNA CAMA HOSPITALARIA ES AQUELLA DISPUESTA PARA EL ALOJAMIENTO DE UN PACIENTE INTERNADO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA. JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA ENFERMA, PROPORCIONA YOD COMODIDAD Y CONFORT. POR TANTO DEBE REUNIR CIERTOS REQUISITOS PARA EVITAR COMPLICACIONES. UNO DE ELLOS ES PERMITIR BAJAS PRESIONES SOBRE EL CUERPO DEL PACIENTE EN AREAS SEGUN NECESIDAD. TENER	

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Control
PEREZ DE MENA MARIELA	29880189	30-18-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA	FD3
Análisis del Caso:	PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON DETERIORO DEL ESTADO FUNCIONAL DE BASE HASTA LA POSTRACION EN QUIEN SE CONSIDERA SE BENEFICIARIA DE CAMA HOSPITALARIA PARA FACILITAR SU MANEJO.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	SE REPITE OT. REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATRLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron Peña
 Dr. Wilson Baron Peña
 Representante EPS Sanitas

Margarita María Giraldo
 Dra. Margarita María Giraldo
 Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
 Sra. Amparo Castro Pinzon
 Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX:6468060 Fax:6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fac. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001111434

FECHA DE EXPEDICION
DD MM AAAA
19 03 2013

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 174 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Referencia: 276410-19032013-21

ORIGINAL

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUDADES

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Crédito	Contado	DD	MM	AAAA		
		X		17	06	2013		
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				17 06 2013				
				DD	MM	AAAA		
DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67 ,		CIUDAD Bogota, Bogota D.C., Colombia		TELEFONO 57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
64960	ALO CAMA TRES PLANOS REF AKT UND	PZA	30	\$2,213.00	\$0.00	16	\$10,622.00	\$66,390.00
97024	ALQUILER BARRANDA CAMA ELECT UNO REF ADE	PZA	60	\$474.00	\$0.00	18	\$4,550.00	\$28,440.00
AUDITORIA MEDICA ALTO COSTO E.P.S. SANITAS 10 ABR 2013 REVISADO CANCELADO ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 59 22 MAR 2013 NOTIFICADO PARA SU ESTUDIO Implica a la organización en su totalidad FACTURA RECOBRABLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO SANTAS F2 035029								
Contrato : Usuario : 29880189-MARIELA PEREZ Id.Medico : Tipo Aut. : Fecha Entrega: 21/02/13 Autorización :				TOTAL BRUTO		\$94,830.00		
				DESCUENTOS		\$0.00		
				SUBTOTAL		\$94,830.00		
				IVA TOTAL		\$15,172.00		
SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****				TOTAL A PAGAR		\$110,002.00		

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Yeibí Trujillo Lamiña		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1



301

364



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retención Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Factura de Venta N°: P0294986

Factura por Computador Resolución N°: 50000314001 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: 27/02/2013 Tipo de Factura: Crédito Movil: Conductor:

Paciente: MARIELA PEREZ DE MENA Código 81615 CL 1BOESTE 4oeste-201 APTO 303G TIERRA DE NORMAND, NORMANDIA, Santiago de Cali	Responsable: FARMASANITAS Nit/Cc. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6606863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6606853 Orden de Servicio: 49276940
---	---

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00 Observaciones: RENOVIACION FEBRERO/13.

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABE	ALQUILER DE BARANDA DE CAMA ELECTRICA		60,00	UNI	431,03	25.862,00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNID	2.011,50	60.345,00

DETALLE DE ALQUILERES

Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
CAMA TRES PLANOS PINOS	M-62-KT	06/02/2013	07/03/2013
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-166-BE	06/02/2013	07/03/2013
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-170-BE	06/02/2013	07/03/2013

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Cuote Moderadora:

Total a Pagar: \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Emisión: 27/02/2013

Hora Emisión: 13:57:41 PM

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 Cel.: (315) 689 6346 - Cali

SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali Copia-Cliente E-mail: oximed@grupooxi.com

302

365

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1-. Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2-. Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3-. Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4-. En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5-. OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6-. Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7-. Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8-. Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9-. La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10-. OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserva el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

81615

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag. No. 1 / 1

Solicitud: 49276940 Fecha: 20/02/2013:16:12
Depende: Formula med:000019332506
Secuencia:

Compania:EPS SANITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 1965596

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
PEREZ_DE MENA, MARIELA	C 29680189	03/05/1927	3955682
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 2 B # 40 A - 75 APT 3	30-10-439287-1-1	900-SC	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(76001)CALI		@	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA COLSANITAS S.A.	N 800149384		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

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

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
696300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P	0

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARN Y DOC. DE IDENTIFICACION

ACTA CTC 76001-20121221111 DEL VALLE DEL CAUCA DEL 21/ DE DIC 2012
VIGENTE POR 6 MESES : 3ER MES** RECOBRABLE CTC RECLAMA 5 DIAS
HABILES#CAMA CLINICA MANUAL TRES NIVELES CON CUATRO BARANDAS CANT. 1#

E.P.S Sanitas S.A.
Servicios Medicos

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
ESCOBAR PATIM, B. ORGANIZACION DE SERVICIOS INTERNACIONAL		(PRINCIPAL)
Cargo	Telefono	Elabora
SUPERVISOR SM - ASESOR ME		CMGA
		Fecha impresion
		20/02/2013:16:13

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 22-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARN Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION



81615

NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, Feb 21 del 2.013

No. Autorización 0000

SEÑORES:
OXIMED LTDA
Tel: 524-27-02
Ciudad

Comendidamente solicito el suministro de Cama Clinica durante el presente mes,
al domicilio del usuario: manual tres niveles con Cuatro barandas.

Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
<u>Mariela Perez</u>	<u>8-deste</u>	<u>C/11 # 4 - 201</u>	<u>8923475.</u>
<u>BARRIO: Normandia</u>			

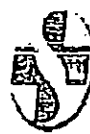
De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente

NIT. 800.149.695-1

Oscar Zúñiga
Firmante Autorizada
FARMASANITAS LTDA.

Firma del usuario
31263.348



CLINISANTAS

ORGANIZACION CLINISANTAS INTERNACIONAL

561391

6 de Diciembre de 2012

MARIELA PEREZ DE MENA

CC 29880189

CTO 3010 - 439287 - 1 - 1

Favor autorizar

Cama clinica manual tres niveles con cuatro barandas

Por noventa días

DIAGNOSTICO: Síndrome de Inmovilidad
Síndrome Demencial
IRC

Guillermo F. Arredondo
MEDICO GENERAL
R.O.C. No. 100

306

309

E.P.S. SANITAS NIT. 800.251.440-8		CUOTA ADEMPTE 0107707246433007210033471455-84		VALOR: 2.500
AFILIACIÓN No.: 30-10-439267-1		NOMBRE DEL AFILIADO: Mariela Perez		AFILIADO No.:
DÍA: MES: AÑO: 21 2 2013		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN:		
1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE: NO SERÁ ATENDIDO, SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. 3. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ URGENCIA HOSPITALARIA ☐ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: ☐ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO		
		DIAGNÓSTICO:		
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: 59.880.189		
		FIRMA DEL AFILIADO: Mariela Perez de		



(01)07707246433007(21)0033471455

CUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR

COPIA NO VÁLIDA DEL 01/03/2013

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	21/12/2012
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472816	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
ARISTIZABAL OVIEDO GUILLERMO FERNANDO		94428874	784160			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
08/12/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 85 AÑOS CON CUADRO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA . PRESENTE EPISODIO DE SANGRADO INTESTINAL DE ORIGEN INDETERMINADO DETERIORO DEL ESTADO FUNCIONAL DE BASE HASTA LA POSTRACION QUE SE DIFICULTA MANEJO EN CAMA NORMAL					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluye en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
ALQUILER BARANDA CAMA ELECT		TRATAMIENTO	N/A	0,01	1	180
CUMS, CUPS:	97D24					
Justificación Medicamento No POS:	UNA CAMA HOSPITALARIA ES AQUELLA DISPUESTA PARA EL ALOJAMIENTO DE UN PACIENTE INTERNADO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DIA. JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LA RECUPERACION DE LA PERSONA ENFERMA, PROPORCIONANDO COMODIDAD Y CONFORT. POR TANTO DEBE REUNIR CIERTOS REQUISITOS PARA EVITAR COMPLICACIONES. UNO DE ELLOS ES PERMITIR BAJAS PRESIONES SOBRE EL CUERPO DEL PACIENTE EN AREAS SEGUN NECESIDAD. TENER					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
PEREZ DE MENA MARIELA	28880189	30-10-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA		F03
Análisis del Caso:	PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON DETERIORO DEL ESTADO FUNCIONAL DE BASE HASTA LA POSTRACION EN DUEEN SE CONSIDERA SE BENEFICIARIA DE CAMA HOSPITALARIA PARA FACILITAR SU MANEJO.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS: EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 19 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron P

Dr. Wilson Baron Peña
Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo

Dra. Margarita Maria Giraldo
Representante IPS

Amparo Castro Pinzon

Sra. Amparo Castro Pinzon
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.895-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fact DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMÚN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001111435

FECHA DE EXPEDICION
DD MM AAAA
19 03 2013

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

Referencia: 276410-19032013-21

ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUDADES

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA	CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
	Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
	X		17	06	2013
Documento de Identificación Tipo Nit. No. 800251440-6	No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
			DD	MM	AAAA
			17	06	2013

DIRECCION / SUCURSAL	CIUDAD	TELEFONO
CL 100 11B 67 ,	Bogotá, Bogotá D.C., Colombia	57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
84960	ALO CAMA TRES PLACOS REF ANT UNO	PZA	30	\$2,213.00	\$0.00	16	\$10,822.00	\$68,390.00
97024	ALQUILER GARANDA CAMA ELECT UNO REF ASE	PZA	60	\$474.00	\$0.00	16	\$4,550.00	\$28,440.00

AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
E.P.S. SANITAS
10 ABR 2013
FACTURA
RECUPERABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
OF. Calle 32
22 MAR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor

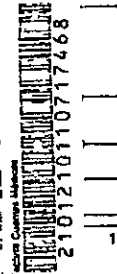
CANCELADO

SANITAS
F2 03/03/13

Contrato : Usuario : 29880189-MARIELA PEREZ Id. Medico : Tipo Aut. : Fecha Entrega: 01/02/13 Autorización :	TOTAL BRUTO	\$94,830.00
	DESCUENTOS	\$0.00
	SUBTOTAL	\$94,830.00
	IVA TOTAL	\$15,172.00
	TOTAL A PAGAR	\$110,002.00
SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****		

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

Emisor: Elaborado por: Yeibí Trujillo Lamilla Firma: _____ Nombre: _____	Firma de quien revisa: Original Cliente - Contabilidad: 1a. Copia Cliente - Contabilidad: 2a. Copia Consecutivo	Datos de quien recibe a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No. documento de identidad: _____ Fecha de Recibo (dd/mm/aaaa): _____
---	--	--



310
373



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables reafuente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Factura de Venta N°: P0293738

Factura por Computador Resolución N°: 50000314901 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: 10/02/2013

Tipo de Factura: Crédito

Movil:

Conductor:

Paciente:	Responsable:
MARIELA PEREZ DE MENA Código 81615 CL 1BOESTE 4oeste-201 APTO 303G TIERRA DE NORMAND, NORMANDIA, Santiago de Cali	FARMASANITAS NivCo. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6606863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6606853 Orden de Servicio: 43974147

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00

Observaciones: RENOVIACION ENE/13

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABE	ALQUILER DE BARANDA DE CAMA ELECTRICA		60,00	UNI	431,03	25.862,00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNIO	2.011,50	60.345,00

DETALLE DE ALQUILERES

Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-169-BE	07/01/2013	05/02/2013
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-170-BE	07/01/2013	05/02/2013
CAMA TRES PLANOS PINOS	M-62-KT	07/01/2013	05/02/2013

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Total a Pagar \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Emisión: 10/02/2013
Hora Emisión: 10:39:27 AM
Cred: CPU

Copia-Cliente

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali

SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali • E-mail: oximed@grupooxi.com

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1- Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2- Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3- Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4- En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5- OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6- Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7- Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8- Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9- La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10- OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No: 1 / 1

Solicitud: 43974147 Fecha: 01/02/2013:12:24
Deposito: Formula med:000018998759
Secuencia:

Compania:EPS SONITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Nus_Vol: 1950266

Nombre Usuario Identificacion Fee.Nacim Tel.Resid
PEREZ DE MENA, MARIELA_ C 29990199 03/05/1927 3955692
Direccion Contrato Antig Categ Tel.Audic
CARRERA 2 B # 40 A - 75 APT 2 20-10-439287-1-1 897-80
Municipio Departamento E-Mail
(76001)CALI 5

Medico Ordena Identificacion Codigo Puerta Ent
CLINICA COLESONITAS S.A. N 800149384 N
Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
FARMASONITAS S02 N 800149395 9999999

Tipo Prescrip Clase Lugar Tipo Volante
TERAPEUTICO PA- AMBULATORIO PRINCIPAL
Guia Formula Entrega
NO APLICA P

Servicio	Descripcion Servicio	Densant	Unidad
699300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASONITAS	0	0

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION

ACTO CTO 76001-20121221111 DEL VALLE DEL CAUCA DEL 21/ DE DIC 2012
VIGENTE POR 6 MESES.: 2DO MES* RECORRABLE CTO RECLAMA 5 DIAS
HABILES#COMO CLINICA MANUAL TRES NIVELES CON CUATRO BORANDAS CONT 1#

Servicio Medicos

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba Oficina Ciudad
REALME MUNOZ, MARIA SONIA OF. EPS VERSALLES CALI (PRINCIPAL)
Cargo Fecha impresion
SUPERVISOR ENTI INGRESO ME 01/02/2013:12:25

ORGANIZACION SANITARIA INTERNACIONAL

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 02-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION



CLINISANTAS

ORGANIZACION CLINISANTAS INTERNACIONAL

399

6 de Diciembre de 2012

MARIELA PEREZ DE MENA

CC 29880189

CTO 3010 - 439287 - 1 - 1

Favor autorizar

Cama clinica manual tres niveles con cuatro barandas ✓

Por noventa días

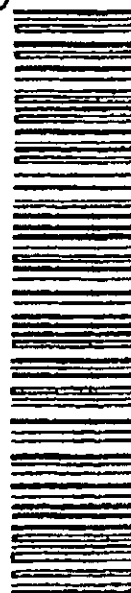
DIAGNOSTICO: Síndrome de Inmovilidad
Síndrome Demencial
IRC

Guillermo F. A. (ab. 2012)
Firma de Guillermo F. A. (ab. 2012)

E.P.S. SANITAS NIT. 800.251.440-8		CUENTA MOVIERA 010770724643300721003347145184		VALOR: 3.000
AFILIACION No. 157801-1		NOMBRE DEL AFILIADO: Mariela Perez		AFILIADO No.
DIA: 1 MES: 02 AÑO: 2013		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION:		
1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACION Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACION PARA CONFRONTACION DE DATOS. RECUERDE: NO SERA ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. 3. LA FALSEDADE Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACION DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA: ☐ HOSPITALIZACION ☐ URGENCIA HOSPITALARIA ☒ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: ☐ EXAMENES DE DIAGNOSTICO		
DIAGNOSTICO:		DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 29880189		
FIRMA DEL AFILIADO: Mariela Perez		(01)07707246433007(21)0033471451		

CUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR

IMPRESO POR: LECOS S.A. C.R. C.P. 1298-4 TEL.: 223 253 - 2223/75/79



(01)07707246433007(21)0033471451

81615

404



NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, Febrero 1 del 2.013

No. Autorización 0000 _____

SEÑORES:
OXIMED LTDA
Tel: 524-27-02
Ciudad

Comendidamente solicito el suministro de como clinico general,
tres niveles con 4 durante el presente mes,
al domicilio del usuario: barrio

Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
<u>HANIEL PEREZ</u>	<u>439287-0015</u>	<u>BO-40-201</u>	<u>8923475</u>
BARRIO: <u>NORMONIA</u>			

De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente,

FARMASANTAS
FARMASANTAS LTDA

Firma del usuario:

831-263.348

V. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	2
Orden(ase) o Formula(s) Médica(s)	1	1
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	4	5
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)	0	

Total Recobrado: \$ 26.100,00

IV.e. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS													
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS													
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ANALIZADOR DE RESPUESTA OCULAR	EVENTO	1.00	1	\$ 50,000.00	\$ 50,000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: BUCARAMANGA

FECHA ACTA: 08/02/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
EDGAR FERNANDO PADILLA ORTIZ CC 91212351	PATRICIA LIEVANO MUÑOZ CC 52418198	JORGE MORENO GARZON CC 91267564

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico			
NESTOR CARREÑO JAIMES	91475945	12883			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO				
10/01/2013	CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 17 AÑOS CON DIAGNOSTICO QUERATOCONO EN OD POR LO CUAL SE INDICA CROSSLINKING EN OD				
Identificación del procedimiento/sumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Sumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
O.R.A. (ANALIZADOR RESPUESTA OCULAR)	DIAGNOSTICO	N/A	0,01	1	180
CUMS, CUPS:	922615				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA O.R.A. (ANALIZADOR RESPUESTA OCULAR) POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.				

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
LATORRE GOMEZ CAMILO ALBERTO	96013019506	30-10-265012-1-4

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
QUERATOCONO	H186
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 17 AÑOS CON DIAGNOSTICO QUERATOCONO EN OD POR LO CUAL SE INDICA CROSSLINKING EN OD SE SOLICITA O.R.A. (ANALIZADOR RESPUESTA OCULAR) POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

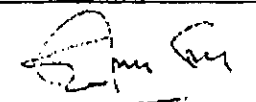
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Sumo:	A
---	---

A. APROBADA N: NEGADA

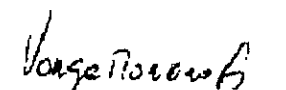
Justificación Técnica y normativa.	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
------------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Sumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. Edgar Fernando Padilla
 Representante EPS Sanitas


 Dra. Patricia Lievano Muñoz
 Representante IPS


 Sr. Jorge Moreno Garzon
 Representante de Usuarios



FACTURA DE VENTA

No. 3611623

NIT: 890205361-4

Dir: URBA.EL BOSQUE AUTOP. FLORIDA FLORIDABLANCA

Tel: 6386000-6382828-6384160

IVA REGIMEN COMUN

Empresa: E.P.S. SANITAS S.A.				Nit o C.C.		Fecha Fac.		Fecha Venc	
Direc: CARRERA 33 # 54 - 19				800251440		2013/03/14		2013/04/13	
Tél. 6851050									
Paciente: LATORRE GOMEZ CAMILO ALERTO						Doc: 96013019506			
Fec-Ing.	Hora	Fec-Egr.	Hora	No. Poliza	Documento				
2013/03/0E	12.27	2013/03/0E	12.27	96013019506	No. 479693-0				

CPTO	DESCRIPCION	TERCERO	VALOR
3026	EXAMENES ESPECIAL.OFTALMOLOGIA	8276990 GALVIS RAMIREZ VIRGILIO	50,000
	TOTAL GENERAL DE LOS SERVICIOS:		50,000

CANCELADO

C.T.C.

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
OF BUCARAMANGA
05 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO



OBSERVACIONES: ORA UNILATERAL											
Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio segun el art. 774 del cod. de comercio. Grandes contribuyentes segun res. 7714 del 16 de diciembre de 1996. No contribuyente de renta Art. 23 E.T. Somos agentes de retencion de IVA. No efectuar retencion en la fuente	<table> <tr> <td>Valor Total Cuenta</td> <td>50,000</td> </tr> <tr> <td>+ IVA</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- Descuentos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>- Abonos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Valor a Pagar</td> <td>50,000</td> </tr> </table>	Valor Total Cuenta	50,000	+ IVA	0	- Descuentos	0	- Abonos	0	Valor a Pagar	50,000
Valor Total Cuenta	50,000										
+ IVA	0										
- Descuentos	0										
- Abonos	0										
Valor a Pagar	50,000										

SON: CINCUENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

Firma y sello de quien recibe C.C.

de

Firma y sello de la Clínica

Fecha :2013/03/14 Hora: 08:07:13 Usuario: LauraA Terminal: Periodo 2013/03 C. Coslos 6500 cayfac 6.2.38p

Direccion Financiera 004-MF-V2

FACTURACION
raycarfac v6.2.3
SERVINTE S.A.

FUND. OFTALMOLOGICA DE SANTANDER-FOSCAL

Página: 1 de 1
Fecha: 2013/03/14
Hora: 08:07:24

DETALLE DE CARGOS POR FACTURA

Imprime código del Manual Tarifario Código del Artículo: Maestro Nombre del Artículo: Comercial

FACTURA Nro:3611623

Fuente:21

Fecha:2013/03/14

Paciente: CAMILO ALERTO LATORRE GOMEZ

Identificación:96013019506 - T

Responsable: EPS SANTAS S.A.

DESCRIPCION	TERCERO	CANT.	VLR UNIT.	NOCT.	RECARGO	VLR TOTAL	VLR RECON.	VLR EXCED.
CPTO: 3026 EXAMENES ESPECIAL OFTALMOLOGIA								
DOC: 479693								
922615 ANALIZADOR DE RESPUESTA OCULAR	8276990	1.00	50,000.00		0	50,000.00	50,000.00	.00
TOTAL CONCEPTO:						50,000.00	50,000.00	.00
						50,000.00	50,000.00	.00

RESPONSABLE: EPS SANTAS S.A.

FACTURA Nro: 3611623

\$50,000.00

*** Fin del Reporte *** Usuario:LauraA

VOLANTE DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

Solicitud: 48963744 ✓ Fecha: 08/02/2013:21:05
Depende: Orden Medica: SI0000018977243
✓ Secuencia: 68001-20130208039 COMITI: SANTANDER

Pag No: 3

Compania EPS SANITAS Nit 8002514406 Codigo EPS005
Plan (10) INTEGRAL Telefono 018000919100 Num_Vol: 1204026
Nombre Usuario Identificacion Fec.Nacim Tel.Residencia
LATORRE_GOMEZ,CAMILO_ALBERTO T 96013019506 30/01/1996 6515640
Direccion Contrato Antig. Catog Tel.Acudiento
CL 36 # 17-75 30-10-265012-1-4 677-S A
Municipio Departamento E-Mail
(68001)BUCARAMANGA @

Medico Ordena Identificacion Codigo
FUNDACION_OFTALMOLOGICA DE SANTANDER_C N 890205361
Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
FUNDACION_OFTALMOLOGICA DE SANTANDER_C N 890205361 6386000
Direccion Departamento Municipio
CL 155A No. 23-09 Piso UR.EL BOSQUE (68276)SANTANDER (68276)FLORIDABLANCA
Institucion Identificacion Codigo Telefono
FUNDACION_OFTALMOLOGICA DE SANTANDER_C N 890205361 6386000
Direccion Departamento Municipio
CL 155A No. 23-09 Piso UR.EL BOSQUE (68276)SANTANDER (68276)FLORIDABLANCA

Tipo Proced. Clase Lugar
TERAPEUTICO AT AMBULATORIO
Gula Tipo Volante
NO APLICA PRINCIPAL

Servicio	Descripcion Servicio	Pqt	Bil	Grupo
501010196	SERVICIO NO POS(501010196)	SI	N	0

OBSERVACIONES

- CTC RECOBRABLE ACTA #
ANEXAR CUOTA MODERADORA
PRESENTAR CARNE Y DDC. DE IDENTIFICACION

ACTA CTC 68001-20130208039 DE: SANTANDER DEL 08/02/2013 VIGENTE POR SEIS MESES
CTC RECOBRABLE S/A ORDENA DR NESTOR IVAN CARREJO JAIMES RM 12883 #ORA (ANALIZADOR DE RTA OCULAR OD # DX
QUERATOCONO OD -EMETROPIA DI -ANT CROSSLINKING OD

CONDICION

VOLANTE NORMAL

FIRMA Y SELLO

Original

Funcionario Aprueba
VASQUEZ_RAMOS,JAQUELINE_
Cargo
SUPERVISOR SM -ASESOR MEDICO NIVEL I

Oficina Institucion
OFIC. EPS-SANITAS BUCARAMANGA
Telefono Elabora
SBM

Ciudad
BUCARAMANGA (PRINCIPAL)
Fecha Impresion
22/02/2013:09:19

VALIDO POR 30 DIAS HASTA: 10/03/2013 ✓



ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

324

384



CENTRO OFTALMOLOGICO VIRGILIO GALVIS

HISTORIA CLINICA

NOMBRE: CAMILO ALBERTO LATORRE GOMEZ

No. HC TI: 96013019506

FECHA NACIMIENTO: 30-Ene-96

FECHA: Jueves, 10 de Enero de 2013 - 05:12 PM

EDAD: 16 Años

(6)

ENFERMEDAD ACTUAL:

Antecedente de CXL OD en Diciembre 2011, aplica hoy Dorzopt y Olodina.
No hay prurito

ANTECEDENTES: HTA No ARTRITIS REUMA No ENF. NEUROLOGICA No
 PATOLOGICOS: ENF. CORONARIA: No EPOC: No ALT. COAGULACION No
 IAM No IRC: No CANCER: No
 DM: No ENF. TIROIDES No VIH: No

QUIRURGICOS: NEGATIVOS.

TOXICOALERGICOS NEGATIVOS.

FARMACOLOGICOS NEGATIVOS.

FAMILIARES: NEGATIVOS.

ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS:

USO DE Rx: SI

QUIRURGICOS: CXL OD DIC 2011

MED. TOPICOS: Dorzopt y Olodina

AGUDEZA VISUAL:

10-Ene-13 AV: SC: 20/50

OJO OD Rx EN USO: +1.00 -1.75 100 CC: 20/25-

K: K1: 46.00 EJEK1: 30 K2: 48.00 EJEK2: 120

SUBJETIVO ESF: CIL: EJE: AV:
 NO CICLO: +1.00 -1.75 100 20/25-

OBSERVACIONES: monofocal airwear

Examinador: TIBADUIZA VARGAS BEATRIZ EUGENIA

10-Ene-13 AV: SC: 20/20

OJO OI Rx EN USO: N CC: 20/20

K: K1: 45.50 EJEK1: 0 K2: 46.00 EJEK2: 90

SUBJETIVO ESF: CIL: EJE: AV:
 NO CICLO: N 20/20

OBSERVACIONES: no usa rx hace 4 meses, porque se le rayaron. "control"

Examinador: TIBADUIZA VARGAS BEATRIZ EUGENIA

Jueves, 31 de Enero de 2013

Página 1 de 2

CENTRO MEDICO ARDILA LULLE TORRE A PISO 3 MOD 7 TELS: 6392929 -6392727 - 6392828

www.virgiliogalvis.com

NOMBRE: CAMILO ALBERTO LATORRE GOMEZ

No. HC TI: 96013019506

BIOMICROSCOPIA - OD: Fleischer, Munsson, Rizutti +, no estrias de Voght, reaccion papilar leve a moderada en tarso superior,
OI: Normal, reaccion papilar leve a moderada en tarso superior,



PRESION OCULAR:				
FECHA	HORA	OD	OI	
10-Ene-13	05:19 p.m.	13	13	

CRISTALINO Bien

RETINA Y VITREO OD: exc 0.3 macula sana y en OI: exc 0.3 macula sana

IMPRESION DIAGNOSTICA:		
FECHA	DIAGNOSTICOS	OJO
10-Ene-13	QUERATOCONO	OO
10-Ene-13	EMETROPIA	OI
10-Ene-13	ANTECEDENTE DE CROSSLINKING	OD

- PLAN: 1. Se solicita realizar protocolo de Crosslinking OD y control con resultados
2. Continuar con Olodina 1gota en AO permanente
3. Suspender Dorzopt

Dr. Nestor Ivan Carreño Jaimes
M.D. Oftalmólogo
RM 1285310555
NIC

CARREÑO JAIMES NESTOR IVAN

MD, Oftalmólogo - CC 91475945 - 12883/00

Reichert OCULAR RESPONSE ANALYZER®

Page 1

Name
LATORRE, CAMILO

ID
2181

Birth Date
1/30/1966

Sex
Male

Race
(Unknown)

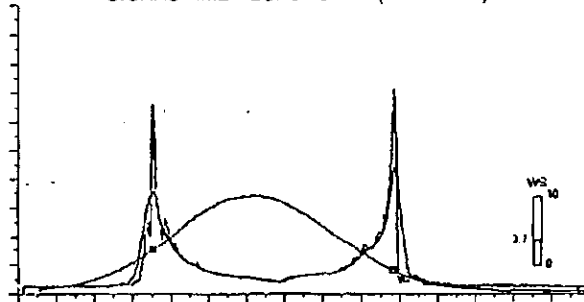
Patient Data Field 1

Patient Data Field 2

Measurement Date: 3/8/2013

RIGHT EYE

SIGNAL TIME RESPONSE #2 (4:47:46 PM)



IOPg: 8.2 IOPcc: 10.4 CCT: 465
CH: 9.8 CRF: 7.7 WS: 3.7

IOPg, IOPcc, CH and CRF values are expressed in mmHg. CCT values are expressed in μm .

Virgilio Galvis
Centro Oftalmológico Virgilio Galvis



FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER
Clínica Carlos Ardila Lülle



FOSCAL

COMPROBANTE DE RECIBIDO
DEL USUARIO

DATOS DEL USUARIO					
USUARIO:	Cando LATORES		D.I.	9601301950	
EAPB:	EPS SANITAS		FECHA INGRESO:	FECHA EGRESO:	
			S. I. MAR AÑO	C. D. M. AÑO	
SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS					
Apoyo diagnóstico	☒	Cirugía	☐	Urgencia	☐
Consulta Externa	☐	Hospitalización	☐	Otro	☐
¿Cuál?:	OBA CO				

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por la FOSCAL
y firmo este formato en constancia que por fuerza mayor no fue posible emitir la factura en el momento de la salida.

[Firma]

Firma y No. D.I. del Usuario y/o Representante

Dpto. Comunicaciones 563 - MF - V1





I. Datos de Recobro

No Consecutivo por indicaciones de entidad reclamante:
13206061009

No Consecutivo recobro:
1320606101757

Tipo Radicación:
1

Numero Radicación anterior MYT01:
0

II. Datos de la Entidad

Código SNS:
EPS005

Razon Social:
EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101757 - 268340

00000006022701

CC / 8491221 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento:
CC

Numero de documento de identidad:
8491221

Primer Nombre:
ENRIQUE

Segundo Nombre:
C

Tipo de afiliación:
C

Nivel de cuota moderadora:
C

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (SIN)	Periodo (SIN)	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recaptación	Valor Recobro
1	76001-2012112059	2011/2012	02/11/2012	S	03/2013-04	FAR100000001157151	18/04/2013	F000	100.00	800149695-1	FARMASANTAS SAS	84969	ALQUILER BARANDAS TRES PLANOS REF ABT	AC	60	\$ 474.00	\$ 28.440.00	\$ 2.300.00	\$ 26.140.00
2	76001-2012112059	2011/2012	02/11/2012	S	03/2013-04	FAR100000001157151	18/04/2013	F000	100.00	800149695-1	FARMASANTAS SAS	84969	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF ABT	AC	30	\$ 2.213.00	\$ 66.390.00	\$ 0.00	\$ 66.390.00

Total Recobrado: \$ 92.530.00

IV a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS				
Item	Nombre	Prescripción	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ALQUILER BARANDAS TRES PLANOS REF ABT	EVENTO	2.00	30	60	\$ 474.00	\$ 28.440.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF ABT	EVENTO	1.00	30	30	\$ 2.213.00	\$ 66.390.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: CALI

FECHA ACTA: 20/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sankas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARDON PEÑA CC: 80472816	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
ORTIZ MILLAN CAMILO		16456355	760203		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
02/11/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 70 AÑOS POSTRADO EN CAMA. SECUNDARIO A SEQUELAS DE ACV Y SÍNDROME DEMENCIAL. ADEMÁS AFASIA VEJIGA NEURÓGENICA, SE INDICA ELEMENTO COMO PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL.				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA	TRATAMIENTO	N/A	1,0	180	180
CUMS, CUPS:	84959				
Justificación Medicamento No POS:	UNA CAMA HOSPITALARIA ES AQUELLA DISPUESTA PARA EL ALOJAMIENTO DE UN PACIENTE INTERNADO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA. JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA ENFERMA, PROPORCIONANDO COMODIDAD Y CONFORT, POR TANTO DEBE REUNIR CIERTOS REQUISITOS PARA EVITAR COMPLICACIONES. UNO DE ELLOS ES PERMITIR BAJAS PRESIONES SOBRE EL CUERPO DEL PACIENTE EN ÁREAS SEGUN NECESIDAD.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
YANGUAS ACOSTA ENRIQUE	6491221	422256

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE COMIENZO TEMPRANO (G30.01)	F000
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE: PACIENTE HOSPITALIZADO, CON DIAGNÓSTICOS SÍNDROME DEMENCIAL Y INMOVILIDAD. REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO POR NO RESPUESTA A MANEJO CON MEDICAMENTOS POS INSTAURADOS.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Bardon Peña
Dr. Wilson Bardon Peña
Representante EPS Sankas

Margarita Maria Giraldo Cardenas
Dra. Margarita Maria Giraldo
Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
Sra. Amparo Castro Pinzon
Representante de Usuarios

Ciudad:	CALI
---------	------

Fecha Acta:	20/11/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472816	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
ORTIZ MILLAN CAMILO		16456355		760203		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
02/11/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 70 AÑOS POSTRADO EN CAMA SECUNDARIO A SECUELAS DE ACV Y SÍNDROME DEMENCIAL. ADEMÁS AFASIA VEJIGA NEUROGENICA, SE INDICA ELEMENTO COMO PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL					
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA		TRATAMIENTO	N/A	1,00	180	180
CUMS, CUPS:		84960				
Justificación Medicamento No PDS:	UNA CAMA HOSPITALARIA ES AQUELLA DISPUESTA PARA EL ALOJAMIENTO DE UN PACIENTE INTERNADO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA. JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA ENFERMA, PROPORCIONANDO COMODIDAD Y CONFORT, POR TANTO DEBE REUNIR CIERTOS REQUISITOS PARA EVITAR COMPLICACIONES. UNO DE ELLOS ES PERMITIR BAJAS PRESIONES SOBRE EL CUERPO DEL PACIENTE EN AREAS SEGUN NECESIDAD.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
VANGUAS ACOSTA ENRIQUE	6491221	422256

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE COMIENZO TEMPRANO (G30.0†)		F000
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE HOSPITALIZADO, CON DIAGNÓSTICOS SÍNDROME DEMENCIAL Y INMOVILIDAD REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO POR NO RESPUESTA A MANEJO CON MEDICAMENTOS POS INSTAURADOS	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DE FINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11049 23-Dic.-2004
Res. Fact DIAN No. \$10000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR 1-1 al FAR 1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001157151

FECHA DE EXPEDICION		
DD	MM	AAAA
16	04	2013

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

Referencia: 284242-16042013-21

ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4, 14 X 100

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUDADES

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA'				CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO						
				Crédito X	Contado	DD	MM	AAAA				
Documento de Identificación Tipo Nit, No. 800251440-6				No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGARANTES DEL						
						DD	MM	AAAA				
DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67			CIUDAD Bogota, Bogota D.C., Colombia			TELEFONO 57571-6466060						
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL				
84959	ALO BARANDAS TRES PLANOS REF ABT LIND	PZA	60	\$474.00	\$0.00	16	\$4,550.00	\$28,440.00				
84960	ALO CAMA TRES PLANOS REF ANT LIND	PZA	30	\$2,213.00	\$0.00	16	\$10,622.00	\$66,390.00				
CANCELADO ORGANIZACIÓN SANITAS REGIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32 18 ABR 2013 REVISADO PARA SU ESTUDIO No transita aceptación como Título Valor FACTURA RECOBRABLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO				REGIONAL BOGOTA 18 ABR 13 29								
				TOTAL BRUTO					\$94,830.00			
				DESCUENTOS					\$0.00			
				SUBTOTAL					\$94,830.00			
				IVA TOTAL					\$15,172.00			
TOTAL A PAGAR					\$110,002.00							

Concreto :
Usuario : 6491221-ENRIQUE YÁNGUAS
Id. Medico :
Tipo Aut. :
Fecha Entrega: 05/03/13
Autorización :

SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Leidy Smeñez Comela		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retafuente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Factura de Venta N°: P0296195

Factura por Computador Resolución N°: 50000314901 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: 14/03/2013

Tipo de Factura: Crédito

Movil:

Conductor:

Paciente: ENRIQUE YANGUAS ACOSTA Código 71899 CRA 85 14A 76, INGENIO 2, Santiago de Cali Teléfono: 3966164	Responsable: FARMASANITAS Nit/Cc. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6606863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6506853 Orden de Servicio: 49475710
--	---

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00

Observaciones: RENOVIACION ENE/13

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABT	ALQUILER DE BARANDAS DE TRES PLANOS		60,00	UNI	431.03	25.862.00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNID	2.011.50	60.345.00

DETALLE DE ALQUILERES

Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
BARANDA DE TRES PLANOS	M-02-BT	01/01/2013	30/01/2013
BARANDA DE TRES PLANOS	M-21-BT	01/01/2013	30/01/2013
CAMA TRES PLANOS PINOS	M-06-KT	01/01/2013	30/01/2013

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Total a Pagar \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Emisión: 14/03/2013
Hora Emisión: 02:22:43 PM
Grado: ECU

Copia-Ciente

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali

SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali - E-mail: oximed@grupooxi.com

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1-. Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2-. Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3-. Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4-. En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA, con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5-. OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6-. Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7-. Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8-. Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9-. La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10-. OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49475710 Fecha: 05/03/2013:12:05
Depende: Formula med:000019571246
Secuencia:

Compania:EPS SANITAS / Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 1975176

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
YANGUAS_ACDSTA,ENRIQUE	C 6491221	01/05/1941	5165781
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 19 # 8 A - 09	30-10-422256-1-1	568-SC	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(76364)JAMUNDI		@	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA COLSANITAS S.A.	N 800149384		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P 1	GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNET Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTC RECOBRABLE ACTA 76001-2012112059 VALLE DEL CAUCA DEL
20/11/2012.ACTA VIGENTE POR 6 MESES. ****4/6*** - SS// CAMA CLINICA
MANUAL DE 3 NIVELES CON BARANDAS NO

EPS. Sanitas S.A.
Servicios Medicos

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
BARDON_PENA,WILSON	DE EPS SANITAS	COLI (PRINCIPAL)
Cargo	Telefono	Fecha impresion
SUPERV-COORD- DIRECTOR- A	HZJ	05/03/2013:14:19

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 04-APR-13

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



NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, Marzo 5 del 2.013

No. Autorización 0000 _____

SEÑORES:
 OXIMED LTDA
 Tel: 524-27-02
 Ciudad

Comendidamente solicito el suministro de Cama Clinica durante el presente mes,
 al domicilio del usuario: manual de 3 niveles con barandas.

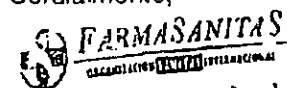
Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
--------	------------	-----------	----------

Enrique Yanguas	Cra 85 # 14A-76	3966164	
BARRIO: <u>Ingenio II</u>			

De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente,



NIT: 800.149.695-1

Oscar Enrique
 Firman Autorizada

FARMASANITAS LTDA.

Firma del usuario

Monte Carlo Cordero
 31846805 cali



FECHA: NOVIEMBRE 21/2012

NOMBRE: ENRIQUE YANQUI

R

Favor autorizar como clinica
manuul d 3 niveles con
barridos x 6 meses

Ida @ Sevelus Acv

Camilo Ortiz M.
C.D. 15.458.355
R.M. 765203
UNIVERSIDAD DEL VALLE

Recibido
C.D.

R.M.

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL



E.P.S. SANITAS NIT. 873 251.440-6		CUOTA MODERADORA 0107707246433007210033948294-45		VALOR 2.200
AFILIACIÓN No.: 30-10-422256-1		NOMBRE DEL AFILIADO: Enrique Acuña A.		AFILIADO No.
DÍA: 5 MES: 3 AÑO: 2013		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN: EPS Sanitas		
1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE: NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. 3. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA: ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ URGENCIA HOSPITALARIA ☐ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: ☐ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO		
		DIAGNÓSTICO:		
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: 6491221		FIRMA DEL AFILIADO:

CUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR



0107707246433007210033948294

I. Datos de la Entidad	
Código SNS:	EPS005
Razón Social:	EPS SANTITAS SA
CIE: 1320606101758 - 288340  CC / 2808631 / M-08-73	

II. Datos del afiliado	
No consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:	13206061008
No consecutivo nombre:	1320606101758
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

III. Datos del afiliado	
Tipo de documento:	CC
Primer Apellido:	ABELLA
Segundo Apellido:	DE VALENCIA
Nivel de cuota modificador:	E
Primer Nombre:	AIDA
Segundo Nombre:	MARIA

IV. Detalle del recibo														Total Recibido:						
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Solicitud (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Faltante	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Adicional / Copago / Recaudación	Valor Recobro
1	76001-20130118012	18/01/2013	04/01/2013	S	03/2013-03	FAR1000000001157132	20/03/2013	18/04/2013	0894	100,00	900148695-1	FARMASANTAS SAS	97024	ALQUILER BARANDA CAMA ELECTRICA REF ABE	AC	60	\$ 474,00	\$ 28.440,00	\$ 0,00	\$ 28.440,00
2	76001-20130118012	18/01/2013	04/01/2013	S	03/2013-03	FAR1000000001157132	20/03/2013	18/04/2013	0894	100,00	900148695-1	FARMASANTAS SAS	84920	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF AKT	AC	30	\$ 2.213,00	\$ 66.390,00	\$ 0,00	\$ 66.390,00
																			\$ 94.830,00	

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS													
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS													
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Simular POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Olor	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ALQUILER BARANDA CAMA ELECTRICA REF ABE	EVENTO	2.00	30	\$ 474.00	\$ 28.440.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF. AKT	EVENTO	1.00	30	\$ 2.213.00	\$ 66.390.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	18/01/2013
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante			Documento de identificación		Registro Médico	
JAMES VASQUEZ			16682195		760772	
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)			TIPO			
04/01/2013			CTC AMBULATORIO			
Regumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 87 AÑOS CON DIAGNOSTICO SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIO A ACV, CON SINDROME DE INMOVILIDAD Y TRANSTORNOS DE DEGLUCION ASOCIADO POR LO CUAL REQUIRIO COLOCACION DE GASTROTOMIA PARA NET, ADEMÁS CON ANTECEDENTES DE FRACTURA DE					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHON		TRATAMIENTO	N/A	D,03	3	90
CUMS, CUPS:	97024					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHÓN POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ABELLA DE VALENCIA AIDA MARIA	29055631	30-10-922655-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	1694
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 87 AÑOS CON DIAGNOSTICO SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIO A ACV, CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y TRANSTORNOS DE DEGLUCION ASOCIADO POR LO CUAL REQUIRIO COLOCACION DE GASTROTOMIA PARA NET, ADEMÁS CON ANTECEDENTES DE FRACTURA DE CADERA. SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHON POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO

6. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	SE SUPLE RE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron Peña
Dr. Wilson Baron Peña
Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo
Dra. Margarita Maria Giraldo
Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
Sra. Amparo Castro Pinzon
Representante de Usuarios

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	18/01/2013
---------	------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
JAMES VASQUEZ		16682195	760772			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
04/01/2013		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 87 AÑOS CON DIAGNÓSTICO SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRÁGICA U OCLUSIVA QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIO A ACV, CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN ASOCIADO POR LO CUAL REQUIRIÓ COLOCACIÓN DE GASTROTOMÍA PARA NET. ADEMÁS CON ANTECEDENTES DE FRACTURA DE					
Identificación del procedimiento/sumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHON		TRATAMIENTO	N/A	3,03	3	90
CUMS, CUPS:	B4960					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHON POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA PRODUCIDA POR LA PATOLOGÍA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ABELLA DE VALENCIA AIDA MARIA	29055631	30-ID-922655-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA COMO HEMORRÁGICA U OCLUSIVA		1694
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 87 AÑOS CON DIAGNÓSTICO SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRÁGICA U OCLUSIVA QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CON SECUELAS NEUROLÓGICAS SECUNDARIO A ACV, CON SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN ASOCIADO POR LO CUAL REQUIRIÓ COLOCACIÓN DE GASTROTOMÍA PARA NET. ADEMÁS CON ANTECEDENTES DE FRACTURA DE CADERA. SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA 3 NIVELES CON BARANDAS Y COLCHÓN POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones exóneas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroquen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEBIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464527
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fact DIAN No. 3100000536-5 de 20-MAYO-2011 del FAR 1-1 al FAR 1-1.500.000
IVA REGIMEN COMÚN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001157132

ESTA FACTURA DE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 174 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

FECHA DE EXPEDICIÓN		
DD	MM	AAAA
16	04	2013

Referencia: 284242-16042013-21

ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTÁ 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUDADES

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO				
		Credito	Contado	DD	MM AAAA			
		X		15	07 2013			
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL				
Tipo Nit. No. 800251440-6				15 07 2013				
				DD	MM AAAA			
DIRECCION / SUCURSAL		CIUDAD		TELEFONO				
CL 100 11B 67		Bogotá, Bogotá D.C., Colombia		57571-6466060				
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
84960	ALO CAMA TRES PLANOS REF ANI UNO	PZA	30	\$2.213,00	\$0,00	16	\$10.622,00	\$66.390,00
97024	ALQUILER BARANDA CAMA ELECT UNO REF ABE	PZA	60	\$474,00	\$0,00	16	\$4.550,00	\$28.440,00
CANCELADO ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32 18 ABR 2013 RECIBIDO PARA SU ESTUDIO No implica aceptación como Título Valor. Please Contact Us 2107210110853906								
Contrato : Usuario : 29055631-AIDA ABEÚLA Id. Médico : Tipo Aut. : Fecha Entrega : 20/03/13 Autorización :				TOTAL BRUTO \$94.830,00 DESCUENTOS \$0,00 SUBTOTAL \$94.830,00 IVA TOTAL \$15.172,00 TOTAL A PAGAR \$110.002,00				
SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****								

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

Emisor: Elaborado por: Leidy Jimenez Cometa Firma: _____ Nombre: _____	Firma de quien revisa: _____	Datos de quien recibe a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No. documento de identidad: _____ Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____
---	------------------------------	--

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retentente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Factura de Venta N°: P0296859

Factura por Computador Resolución N°: 50000314901 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL Fecha: 23/03/2013 Tipo de Factura: Cr.dito Movil: Conductor:

Paciente: AIDA MARIA ABELLA DE VALENCIA Código 76336 CL 8 OE 25B-53, LOS CRISTALES, Santiago de Cali Teléfono : 6675421	Responsable: FARMASANITAS Nit/Cc. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6606863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6606853 Orden de Servicio: 49701254
---	---

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00 Observaciones : RENOVIACION MARZO/13

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABE	ALQUILER DE BARANDA DE CAMA ELECTRICA		80,00	UNI	431,03	25.662,00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNID	2.011,50	60.345,00

DETALLE DE ALQUILERES			
Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-211-BE	03/03/2013	01/04/2013
BARANDA DE CAMA ELECTRICA	M-212-BE	03/03/2013	01/04/2013
CAMA TRES PLANOS PINOS	M-57-KT	03/03/2013	01/04/2013

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Total a Pagar \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Orden: 23/03/2013
Hora Orden: 08:30:38 AM
Origen: ERI

Copia-Cliente

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali
SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali - E-mail: oximed@grupooxi.com

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1- Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2- Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3- Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4- En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5- OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6- Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7- Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8- Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9- La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10- OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.
Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49701254

Fecha: 19/03/2013:16:27

Depende:

Formula med:000019031682

Secuencia:

Compania:EPS SANITAS /
Plan:(10) INTEGRAL

Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Telefono:018000919100 Num_Vol: 1986028

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
ABELLA DE VALENCIA, AIDA MARIA	C 29055631	17/01/1926	3700969
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 25 # 3 -- 30 OESTE	30-10-922655-1-1	258-GB	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(76001) CALI		a	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA COLSANITAS S.A.	N 800149384		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS /	N 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P 1	GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNET Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTC RECOBRABLE ACTA VALLE DEL CAUCA 76001-20130118012
18/01/2013 VIGENTE POR (3) MESES ENTREGA 3/3 ANEXAR FORMULA MEDICA VIGENTE** CTC RECOBRABLE S/A CAMA HOSPITALARIA DE 3 NIVELES CON BARANOS ORD DR JAMES VASQUEZ**3/3

SERVICIOS MEDICOS

[Firma manuscrita]

FIRMA Y SELLO

Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
ESCOBAR PATINO BLANCA	DE EPS VERSALLES	CALI (PRINCIPAL)
Cargo	Telefono	Fecha Impresion
SUPERVISOR SM - ASESOR ME	VVEV	20/03/2013:07:59

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 22-MAR-13

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

Ord 76336



NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, 20 / 03 del 2.013

No. Autorización 0000 _____

SEÑORES:
OXIMED LTDA
Tel: 524-27-02
Ciudad

Comendidamente solicito el suministro de CAMA HOSPITALARIA durante el presente mes,
al domicilio del usuario: 3 NIVEL CON BARANDAY

Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
--------	------------	-----------	----------

AYDA M. AREWA	10-922655-1	AV 9N # 5N-21	6675421
---------------	-------------	---------------	---------

BARRIO: JUANAMBÚ

De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente,

Firma Autorizada
FARMASANITAS LTDA.

Firma del usuario

16670996



Clínica Centro
ORGANIZACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Asociación de
Médicos
08/07/2013
Prebena

FECHA: En-04/2013

NOMBRE: Aidee Maruza Obellu

R ce / 2.9055631

① Cerebro Hospital de 3 Niveles
Cerebro buen día,

De Sección de Dev

- Fr de Cerebro

- Sección de Inmovilidad

||

James A. Vásquez L.
Médico Cirujano
Universidad del Valle
BVM 260772

R.M.

49701254



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recobro: 1320606101784

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101784 - 268340

CC / 3896772 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 38967722

Primer Nombre: BELIA

Segundo Nombre: MARGOTH

Primer Apellido: TAMAYO

Segundo Apellido: DE SALINAS

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: A

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	2
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medic(a)s	1	1
Soportes Integrales del Recobro	3	3
Totales:	6	7
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC	0	

(Formato MYT-01)

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (SNI)	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semestral	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago Recupero	Valor Recobro
1	76001-20121116072	16/11/2012	13/10/2012	S	03/2013-05	FAR1000000001157147	07/03/2013	F03	100,00	800140695-1	FARMASANTAS SAS	84960	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF ART	AC	30	\$ 2.213,00	\$ 66.390,00	\$ 23.900,00	\$ 42.490,00
2	76001-20121116072	16/11/2012	13/10/2012	S	03/2013-05	FAR1000000001157147	07/03/2013	F03	100,00	800140695-1	FARMASANTAS SAS	84959	ALQUILER BARANDAS TRES PLANOS REF ART	AC	60	\$ 474,00	\$ 28.440,00	\$ 0,00	\$ 28.440,00

Total Recobrado: \$ 70.930,00

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

Item	Nombre	Prestación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	ALQUILER CAMA TRES PLANOS REF ART	EVENTO	1,00	30	\$ 2.213,00	\$ 66.390,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
2	ALQUILER BARANDAS TRES PLANOS REF ART	EVENTO	2,00	30	\$ 474,00	\$ 28.440,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD:	CALI
---------	------

FECHA ACTA:	16/11/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de identificación	Registro Médico			
CAMILO ORTIZ	16456355	760203			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO				
13/10/2012	CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA, NO ESPECIFICADA, CUADRO CLÍNICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA MANUAL	REHABILITACION	N/A	0,0333	6	180
CUMS, CUPS:	84960				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Control
TAMAYO DE SALINAS BELIA MARGOTH	38967722 /	30-1D-420718-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA	FD3
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA, NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren obligatoriamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Imlima en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones exoresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

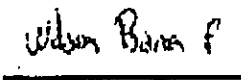
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA B: NEGADA

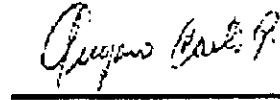
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ASALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEBIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. Wilson Baron Peña
 Representante EPS Sanitas


 Dra. Margarita Maria Giraldo
 Representante IPS


 Sra. Amparo Castro Pinzon
 Representante de Usuarios

CIUDAD: CALI

FECHA ACTA: 16/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
CAMILO ORTIZ		16456355	780203			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
13/10/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA . NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
CAMA HOSPITALARIA MANUAL		REHABILITACION	N/A	0.03	6	180
CUMS, CUPS:	84959					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
TAMAYO DE SALINAS BELIA MARGOTH	38967722	30-10-420718-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DEMENCIA NO ESPECIFICADA		F03
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE DEMENCIA . NO ESPECIFICADA, CUADRO CLINICO DE DEMENCIA - IRC- LIMITACION FISICA Y COGNITIVA PROGRESIVA SE SOLICITA CAMA HOSPITALARIA MANUAL POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

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

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522
SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-OK-2004
Res. Fact DIAN No.31000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR 1.1 al FAR 1.1.500.000
IVA REGIMEN COMÚN

FACTURA DE VENTA
FAR100000001157147

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
16	04	2013

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 174 DEL
CÓDIGO DE COMERCIO.

Referencia: 284242-16042013-21

ORIGINAL

Sucursal: 114_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_CIUOADES

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4, 14 X 100

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA				CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
				Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
				X		15	07	2013
Documento de Identificación				No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
Tipo Nit. No. 800251440-6						15	07	2013
						DD	MM	AAAA
DIRECCION / SUCURSAL			CIUDAD			TELEFONO		
CL 100 11B 67			Bogota, Bogota D.C., Colombia			57571-6466060		
PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCU.	IVA	IVA	VALOR TOTAL
84959	ALG BARANDAS TRES PLANOS REF ABT UNO	PZA	60	\$474.00	\$0.00	16	\$4,550.00	\$28,440.00
84960	ALG CAMA TRES PLANOS REF ABT UNO 0	PZA	30	\$2,213.00	\$0.00	16	\$10,622.00	\$66,390.00
FACTURA RECUPERABLE DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO FIRMA: CANCELADO ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32 18 ABR 2013 REVISADO PARA SU ESTUDIO La firma aceptación como Título Valor. SANTAS F2 038382 REGIONAL BOGOTA 18 ABR '13 29 Factura Cuentas Médicas 2101210110853850								
Contrato : Usuario : 38967722-BELIA TAMAYO Id. Médico : Tipo Aut. : Fecha Entrega : 07/03/13 Autorización :				TOTAL BRUTO		\$94,830.00		
				DESCUENTOS		\$0.00		
				SUBTOTAL		\$94,830.00		
				IVA TOTAL		\$15,172.00		
SON: CIENTO DIEZ MIL DOS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****				TOTAL A PAGAR		\$110,002.00		

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

Emisor: Elaborado por: Leidy Jimenez Cometa Firma: _____ Nombre: _____	Firma de quien revisa: _____ _____	Datos de quien recibe a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No. documento de identidad: _____ Fecha de Recibo (dd/mm/aaaa): _____
---	--	--

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutiva

Páginas 1 de 1



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retefuente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

12

Factura de Venta N°: P0295792

Factura por Computador Resolución N°: 50000314901 del 25/05/2012
Rango de Facturas Autorizadas Desde 275564 Hasta 400000

Sucursal: PRINCIPAL Fecha: 09/03/2013 Tipo de Factura: Cr.dito Movil: Conductor:

Paciente: BELIA MARGOT CAMAYO Código 80905 CL 47 ANTE 3CN-44, VIPASA, Santiago de Cali Teléfono: 6641845	Responsable: FARMASANITAS N°/Cc. 8001496951 CRA 43 A 5 C 80, 6608863 NUEVO, Santiago de Cali Teléfono: 6606853 Orden de Servicio: 49512510
--	--

Valor Base para Iva: \$ 86.207,00 Observaciones: . RENOVACION FEB/13

Conc.	Descripción del Concepto	Exento	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Total Concepto
ABT.	ALQUILER DE BARANDAS DE TRES PLANOS		60,00	UM	431,03	25.862,00
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS		30,00	UNID	2.011,50	60.345,00

DETALLE DE ALQUILERES

Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta

SERIALES DE ARTICULOS ENTREGADOS

Sub Total: \$ 86.207,00

Iva: \$ 13.793,00

Total Factura: \$ 100.000,00

Ajuste al peso: \$ 0,00

Copago \$ 0,00

Total a Pagar \$ 100.000,00

Valor a Pagar:

Cien mil pesos

Fecha Emisión: 09/03/2013
Hora Emisión: 11:33 AM
Código: ENU

Copia-Cliente

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali

SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali - E-mail: oximed@grupooxi.com

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1- Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2- Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3- Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4- En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5- OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6- Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7- Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8- Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9- La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10- OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

Acepto Condiciones:

Firma

VOLANTE DE AUTORIZACION DE SERVICIOS Pg No 1 /1

Solicitud: 49512510 Fecha: 07/03/2013:09:54
 Dependes: Orden Médica: SI0000019613649
 Secuencias:

Compañías: EPS SANITAS Nit: 8002514406 Código EPS: 005
 Plan: (10) INTEGRAL Telefono: 018000919100 Num_Vol: 1977041

Nombre Usuario Identificación Fec. Nacim Tel. Resid
 TAMAYO DE SALINAS, BELIA MARGO C 38967722 23/10/1944 6675543
 Dirección Contrato Antig Categ Tel. Acudie
 CALLE 47 A N # 3 C N 30-10-420710-1-2 570-S A
 Municipio Departamento E-Mail
 (76001) CALI claudialsalinastagmai

Medico Ordena Identificación Código
 CLINISANITAS CALI TEQUENDAMA N 800149384 7600104336-03
 Medico Practica: Identificación Código Telefono
 FARMASANITAS CALI N 800149695 9999999
 Dirección Departamen Municipio
 CR 100 No. 12 A-10 Piso (76001) VALLE DEL (76001) CALI
 Institución: Identificación Código Telefono
 FARMASANITAS CALI N 800149695 9999999
 Dirección Departamento Municipio
 CR 100 No. 12 A-10 Piso (76001) VALLE DEL (76001) CALI

Tipo Proced. Clase Lugar
 TERAPEUTICO AT AMBULATORIO
 Guia Tipo Volante
 NO APLICA PRINCIPAL

Servicio	Descripcion Servicio	PqtBi	Grupo
501010196	SERVICIO NO POS(501010196)	N	0

OBSERVACIONES

ANEXAR VALE(S) DE ASISTENCIA MEDICA
 PRESENTAR CARNET Y DOC. DE IDENTIFICACION

ACTA CTC 76001-20121116072 DEL VALLE VIGENTE POR SEIS MESES : QUINTO
 MES HCTC RECOBRABLE S/A CAMA CLINICA MANUAL 3 NIVELES CON 4 BARANDAS
 DX SINDROME DE INMOVILIDAD - SINDROME DEMENCIAL - IRC ORDENA DR.
 CAMILO URTIZ TEL 6641845

CONDICION

VOLANTE NORMAL

E.P.S. SANITAS
 SERVICIOS MEDICOS

FIRMA Y SELLO

Original

Institucion

Funcionario Aprueba

BARON_PENA, WILSON

Cargo

SUPERV-COORD- DIRECTOR

ASESOR MED NIVEL 4

Oficina

CLINICENTRO SUR - 1000

Telefono

Elabora

Ciudad

CALI (PRINCIPAL)

Fecha impresion

AURE

07/03/2013:09:54

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

VALIDO POR 30 DIAS HASTA: 06/04/2013



NIT: 800.149.695-1

Santiago de Cali, Marzo 7 del 2.013

No. Autorización 0000 _____

SEÑORES:
OXIMED LTDA
Tel: 524-27-02
Ciudad

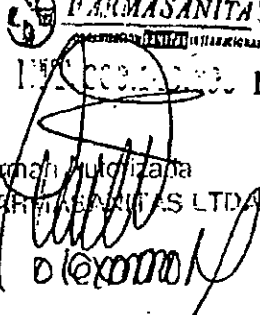
como clinica menor
Comendidamente solicito el suministro de 3 niveles con 4 bombas durante el presente mes,
al domicilio del usuario:

Esta orden es válida solo para el presente mes.

NOMBRE	CARNET No.	DIRECCION	TELEFONO
<u>EDUARDO</u>	<u>420718</u>	<u>BOULEVARD 87/8 CN 44</u>	<u>66756343</u>
BARRIO: <u>UPORA</u>			

De antemano agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente


FARMASANITAS
DISTRIBUCION FARMACIA INTERNACIONAL
1991-2000

Firma Autorizada
FARMASANITAS LTDA.

Firma del usuario


CC# 6604532A
Cel: 3163260217

13 de Octubre de 2012

BELIA MARGOTH TAMAYO DE SALINAS

CC 38967722

CTO 3010 - 420718 - 1 - 2

Favor autorizar

Cama clinica manual tres niveles con cuatro barandas

Por ciento ochenta días

DIAGNOSTICO: Síndrome de Inmovilidad
Síndrome Demencial
IRC

 Comallo Ortiz Mill
C.C. 18.458.355
R.M. 760203
UNIVERSIDAD DEL VALLE



Servicio a su puerta antes de 2 horas

NIT. 890.328.769 - 3 REGIMEN COMUN
Responsables retafuente Industria y Comercio
Código: 207 - tarifa 11 x 1.000

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha 05/03/2013

Móvil:

Remisión N°: 55074

Conductor:

Paciente:	Responsable:
BELIA MARGOT CAMAYO Código 80905	FARMASANITAS Nit/Cc. 8001496951
CL 47 ANTE 3CN-44, VIPASA, Santiago de Cali	CRA 43 A 5 C 80, Santiago de Cali
Tel.: 6641845	Teléfono: 6606853 Orden Servicio:

Observaciones:

Cuota Mod.

Conc.	Descripción del Concepto	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Total
ABT	ALQUILER DE BARANDAS DE TRES PLANOS	UNI	60,00	\$ 431,03	25.862,04
AKT	ALQUILER CAMA TRES PLANOS	UNID	30,00	\$ 2.011,50	60.344,91

SERIALES ALQUILADOS

Artículo	Número de Serie	Desde	Hasta
BARANDA DE TRES PLANOS	M-08-BT	10/02/2013	11/03/2013
BARANDA DE TRES PLANOS	M-41-BT	10/02/2013	11/03/2013

Total 86.206,95

Iva: 13.793,00

Ajuste: 0,00

Total: 99.999,95

Grabó: ERU

Fecha Grabación: 05/03/2013

Hora Grabación: 02:59:31 PM

SERIALES ENTREGADOS

PRINCIPAL: Calle 26 Norte No. 3AN - 35 • Tels.: PBX: 524 2702 - Cel.: (315) 689 6346 - Cali
SUCURSAL: Avenida Roosevelt No. 47 - 16 - Cali - E-mail: oximed@grupooxi.com

REGLAMENTO PARA SERVICIO DE OXIGENO Y ALQUILER DE MUEBLES HOSPITALARIOS

- 1.- Los equipos entregados en alquiler, son de propiedad exclusiva de OXIMED LTDA. y el usuario se compromete a devolverlos en buen estado en el momento en que la empresa lo exija y utilizarlos de acuerdo con las instrucciones del Médico.
- 2.- Los arrendamientos de equipo para oxígeno, deben estar al día, para que las solicitudes de despacho puedan ser atendidas.
- 3.- Los arrendamientos de muebles (cama, silla de ruedas, muletas, caminadores, etc.), son mensuales y deben pagarse **ANTICIPADAMENTE**.
- 4.- En caso de cambio de domicilio, el usuario tiene la obligación de informar a OXIMED LTDA., con el fin de que sus datos estén actualizados y su solicitud pueda ser atendida oportunamente.
- 5.- OXIMED LTDA., no se responsabiliza por accidentes que puedan causar manipulación indebida y el mal manejo del equipo. Las normas de seguridad sobre oxígeno deben ser cumplidas cuidadosamente.
- 6.- Los equipos se recogen previa llamada telefónica del Contratante (Cliente)
 - NO FUME EN EL SITIO DONDE SE ADMINISTRE OXIGENO
 - NO COLOQUE CERCA AL CILINDRO FUENTES DE CALOR QUE PUEDAN PRODUCIR CHISPAS.
 - NO USE GRASA NI ACEITE EN LAS MANOS, MIENTRAS TRABAJA CON OXIGENO.
 - LIMPIE LA GRASA DE LA CARA DEL PACIENTE, ANTES DE SUMINISTRARLE OXIGENO.
- 7.- Los elementos desechables (cánula, mascarilla, conjunto de nebulización, conjunto de aspiración, etc.), Son para uso exclusivo del paciente. NO se debe usar con otras personas.
- 8.- Haga su pedido de oxígeno cuando el regulador marque 500 LIBRAS de presión. NO ESPERE A QUE EL OXIGENO SE AGOTE
- 9.- La Empresa se reserva el derecho de descontar del depósito, cualquier valor que se le adeude por arrendamiento, servicio reparaciones.
- 10.- OXIMED LTDA., No hace devolución de dinero una vez recibido el equipo a satisfacción del cliente

NOTA: Conserve el original del recibo del depósito para la Devolución.

Los depósitos por mí establecidos, no causan a OXIMED LTDA., ningún valor por concepto de intereses por mora, etc.

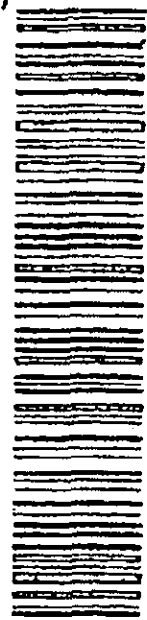
Acepto Condiciones:


Firma

7197 441

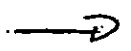
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

E.P.S. SANITAS NIT. 800.251.440-6		CUOTA MODERADORA 0107707246433007210034848033-45		VALOR: 23.900
AFILIACIÓN No.: 30-10-420718-1		NOMBRE DEL AFILIADO: Belia Tomayo		AFILIADO No.
DÍA: MES: AÑO: 28. 2. 13		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN:		
1. DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. 2. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE: NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. 13. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA:		
		☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ URGENCIA HOSPITALARIA ☐ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: ☐ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO		
DIAGNÓSTICO:				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.:		FIRMA DEL AFILIADO:		
38'967-722				

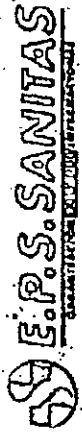


0107707246433007(21)0034840033

CUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR



356
4 18



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

Hoja 1 de 1

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061008
No Consecutivo recobro: 1320606101786
Tipo Radicación: 1
Número Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005
Razón Social: EPS SANITAS SA
CIE: 1320606101786 - 268340
CC / 1019073371 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC
Número de documento de identidad: 1019073371
Primer Apellido: GUERRERO
Segundo Apellido: AMAYA
Primer Nombre: JUAN
Segundo Nombre: CAMILO
Tipo de afiliación: B
Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	3
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formule(s) Medic(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	5
Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)		
0		

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Sentencia	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago Recupero	Valor Recobro
1	11001-20121228242	28/12/2012	03/12/2012	S	03/2013-04	FAR1000000001126337	28/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800149685-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA ENLITE	IN	18	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 0,00	\$ 180.000,00
2	11001-20121228242	28/12/2012	03/12/2012	S	03/2013-04	FAR1000000001126337	26/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800149685-1	FARMASANTAS SAS	103240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	\$ 0,00	\$ 2.385.000,00
3	11001-20121228242	28/12/2012	03/12/2012	S	03/2013-04	FAR1000000001126337	26/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800149685-1	FARMASANTAS SAS	82628	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

Total Recobrado: \$ 3.035.000,00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS										SIMILAR D QUE REEMPLAZA - POS			
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA ENLITE	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0.00	\$ 0,00	0	\$ 0,00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0.00	\$ 0,00	0	\$ 0,00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0.00	\$ 0,00	0	\$ 0,00

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	28/12/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
BOHORQUEZ VILLAMIZAR LUISA FERNANDA		41787000	013422/98			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
03/12/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluye en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA		TRATAMIENTO	N/A	0.33	60	180
CUMS, CUPS:	74501					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GUERRERO AMAYA JUAN CAMILO	1019073371 /	30-10-13568-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.	

6. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroquen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA U: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O BOLETINES DEFRIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	28/12/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
BOHDRQUEZ VILLAMIZAR LUISA FERNANDA		41787000		013422/98		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
03/12/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES MEDIR GLUCOSA		TRATAMIENTO	N/A	0,1666	30	180
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA BOMBA DE INSULINA. POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GUERRERO AMAYA JUAN CAMILO	1019073371	30-10-13568-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADOS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL SE SOLICITA SENSORES PARA BOMBA DE INSULINA. POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art. 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 28/12/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547884	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702689

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
BOHORQUEZ VILLAMIZAR LUISA FERNANDA		41787000		013422/98		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
03/12/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL					
Identificación del procedimiento/insumo solicitada no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION BOMBA INSULINA		TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180
CUMS, CUPS:	82628					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.					

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GUERRERO AMAYA JUAN CAMILO	1019073371	30-10-13568-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADOS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE DE 20 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PACIENTE CON BOMBA DE INSULINA PARA SU CONTROL SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



FARMASANITAS SAS
NIT. 800.149.695-1
CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6484522
SOMOS RETENEDORES DE IVA
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004
Res. Fed. DIAN No.310000053645 de 20/MAY/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

FACTURA DE VENTA			FECHA DE EXPEDICION		
FAR100000001126337			DD	MM	AAAA
			27	03	2013

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

Referencia: 279019-27032013-14
ORIGINAL

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4, 14 X 100
Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA	CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
	Crédito	Contado	DD	MM	AAAA
	X		25	06	2013
Documento de Identificación	No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
Tipo Nit. No. 800251440-5			25	06	2013
			DD	MM	AAAA

DIRECCION / SUCURSAL CL 100 11B 67	CIUDAD Bogota, Bogota D.C., Colombia	TELEFONO 57571-6466060
--	--	----------------------------------

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
82493	APOSITO OPSITE IV 3000 7.5 X 9 CM REF 4008 SMITH & NERHEW CAJ X 100 CUM.0-00	SOB	1	\$2,400.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,400.00
25842	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NERHEW SOB X 1 CUM.0-00	SIN	9	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$47,997.00
74501	RESERVOIR BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3 DML CUM.0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.00
100240	SENSOR MEDIR GLUCOSA EMUTE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM.0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.00
82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ X 10 OUCH 50/3 CUM.0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00



AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
FARMASANITAS

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor

CANCELADO



FACTURA RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

ESPERANZA JANNETT URREGO
Enfermera Auditor Junior
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

Contrato : 0300100000013568000102
Usuario : 1019D73371-JUAN CAMILO GUERRERO AM
Id. Medico : 41787000-LUISA FERNANDA BOHORQUEZ CALAMIZAR
Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
Fecha Entrega : 26-MAR-13
Autorización : 49786589

TOTAL BRUTO	11 ABR '13	\$3,085,397.00
DESCUENTOS	37	\$0.00
SUBTOTAL		\$3,085,397.00
IVA TOTAL		\$28,800.00
TOTAL A PAGAR		\$3,114,197.00

SON: TRES MILLONES CIENTO CATORCE MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor: Elaborado por: Eliana Bejarano Rincon Firma: _____ Nombre: _____	Firma de quien revisa: ESPERANZA JANNETT URREGO Enfermera Auditor Junior ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL	Datos de quien recibo a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No. documento de identidad: _____ Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____
---	---	---

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49786589 * Fecha: 26/03/2013:12:42

Depende: Formula med:000019929913

Secuencia:

CTC ACTA 11001-20121220242 BOGOTA DE 28/12/2012

Compania:EPS SANITAS

Nit:0002514406 Codigo:EP5005

Plan:(10) INTEGRAL

Telefono:010000919100 Num_Vol: 6763263

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
GUERRERO AMAYA, JUAN CAMILO	C 1019073371	06/08/1992	2565439
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 19 # 80 - 39 APTO	30-10-13560-1-2	920-SA	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(11001)BOGOTA	(11001)BOGOTA D. A		

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
BOHORQUEZ VILLAMIZAR, LUISA FE	C 41787000		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
697300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P 1	GENERICA

OBSERVACIONES

CTC RECOGBRABLE HANEXAR OM VIGENTE HCALLE 95 HDX: OM TIPO 1 DE DIFICIL CONTROL # RESERVORIOS DE 3ML*1H SET DE INFUSION DE 6MM*1H SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA CAJA*1H ADHESIVOS IV 3000*10 PARA BOMBAS DE INFUSION DE INSULINA # 4 DE 6
-CTC ACTA-11001-20121220242 BOGOTA DE 28/12/2012

SERVICIOS MEDICOS EPS SANITAS
CLINICENTRO CEDRITOS

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
SALAZAR CASTAÑO, CLAUDIA P	OF. CLINICENTRO CEDRITO	BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo	Asesor	Intervencion
ASESOR INTEG - AUXIAR VO	SCCP	26/03/2013:12:42

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 29-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

DOCTORA LUISA FERNANDA BOHÓRQUEZ V.

MÉDICO CIRUJANO - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
 DIABETES, PIE DIABÉTICO - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
 MANEJO MEDICO DE DIABETES, OBESIDAD Y DISLIPIDEMIAS
 COORDINADORA DE PROGRAMAS DE DIABETES CLÍNICA COLSANITAS

Diciembre 2012

Juan Camilo Guerrero

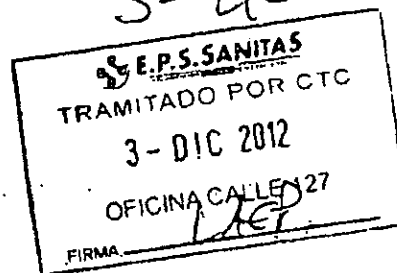
CC 1019073371

Formula valida por 6 meses

DISPOSITIVOS para bomba de insulina
 PARA ENTREGAR CADA MES

1. Reservorios de 3 ml. Caja # 1 mes
2. Set de infusion de 6 mm. Caja #1 mes
3. Sensores para medir glucosa. Caja #1 mes
4. Adhesivos IV 3000 # 10 mes

S- 42/440 85



DOA. LUISA F. BOHÓRQUEZ V.
 DIABETES
 R.M. 013422/98
 U.S.A.
 FIRMADO

R.M. 013422/98

EDIFICIO DE CONSULTORIOS. CLÍNICA REINA SOFIA
 DIAG 127A NO 31-48 | CONS 324 SALA H
 TELS: 6159369 - 6252166 - 6252111 | CEL: 3174354679

Marzo 26 - 13
 Juan Camilo Guerrero
 10.19073371
 625 5674



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

Hoja 1 de 1

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recobro: 1320606101793

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101793 - 288340

CC: 1020731948 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1020731946

Primer Apellido: ARIOLA

Segundo Apellido: ECHEVERRI

Tercer Apellido: ITZIAR

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: C

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO

No. Doc: 1

No. Folios: 3

Copia(s) del Acta(s) del CTC

Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)

Orden(es) o Formula(s) Medicat(s)

Soportes Integrales del Recobro

Totales: 4 6

Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0

(Formulario MYT-01)

Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semestral	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	11-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	01/2013-01	FAR100000000 1122679	25/01/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	IN	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 2.300,00	\$ 177.700,00
2	11-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	01/2013-01	FAR100000000 1122678	25/01/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	103240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	\$ 0,00	\$ 2.385.000,00
3	11-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	01/2013-01	FAR100000000 1122679	25/01/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	74502	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS.															SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
Item	Nombre	Prestación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Temporadas Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total															
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00															
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00															
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00															

Total Recobrado:

\$ 3.032.700,00

Total Recobrado: \$ 3.032.700,00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

467
467

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/12/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41939381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/11/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUROPATIA AUTONÓMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO DE INSULINA SEGÚN ESPECIFICACIONES	TRATAMIENTO	N/A	0,33	30	90

CUMS, CUPS: 74501

Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUROPATIA AUTONÓMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ITZIAR ARRIOLA	1020731946	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUROPATIA AUTONÓMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

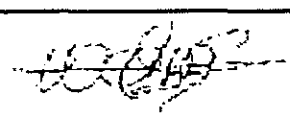
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

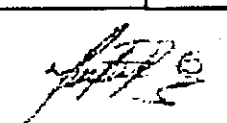
A: APROBADA N: NEGADA

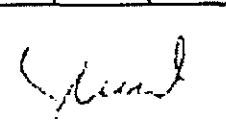
Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DE FIRMAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benaides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/12/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO,		41839381		63-1893		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
18/11/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 28 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE		TRATAMIENTO	N/A	0,17	15	90
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
AR ARRIOLA	1020731946	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

18/1/2012

Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)

CTC AMBULATORIO

Tipo

CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO

41939381

63-1893

Registro Médico

Documento de Identificación

Nombre y Apellido del Médico Tratante

CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO

Representante EPS Santas

Representante IPS

WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894

MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657

NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Asistentes

Representante de Usuarios

Resumen de la Historia Clínica

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUROPATÍA AUTÓNOMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIRROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insuño

Objetivo

Motivo

Frecuencia de uso

Cantidad

Tiempo

SET DE INFUSION INSULINA

N/A

0,33

30

90

CUMS, CUPS:

Justificación

Medicamento No POS:

74502

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE NEUROPATÍA AUTÓNOMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIRROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SE SOLICITA SET DE INFUSION INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.

TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos

Documento de Identificación

Contraseña

MAR ARRIGOLA

1020731946

30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:

Código

DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION

E 109

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

Cumplimiento

Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de las

SI

Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones que hayan sido aprobadas por el registro sanitario otorgado al producto

SI

Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o parámetros salustarios en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica

SI

Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva

SI

Art 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Ley 5261 de 1984 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroguen.

SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:

A

7. Equivalente Terapéutico:

Justificación Técnica y normativa

A. APROBADA

N. NEGADA

DEBE EXISTIR AL MENOS, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCUMENTOS DE FUNDAMENTO O EVIDENCIA PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA. MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

Procedimiento / Insuño

Objetivo

Motivo

Frecuencia de uso

Cantidad

Tiempo

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

E.P.S. SANTAS



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 0460060 Fax 0464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No 31000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122679

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

26 03 2013

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

Referencia: 278553-26032013-18

ORIGIN

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado
X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AAAA
24 06 2013

Documento de Identificación

ipo Nit. No. 800251440-6



No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 2013

DD MM AAAA

RECCION / SUCURSAL

- 100 11B 67 ,

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCU	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
363	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
363	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
363	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
363	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$5,333.00
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.00
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA EN LITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.00
502	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-398 CAJ X 10 QUICK	PZA	1	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00

CANCELADO

STURA
OBRABLE

AUDITORIA MEDICA

Trabajo : 1020731946-ITZILAR ARRIOLA ECHEVERRY
Modulo : 10019526-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
do AGE : INSUMOS COMITÉ
cha Entrega : 25-ENE-13
torizacion : 48864384

ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
DE CREDITO
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No Implica aceptación como Titulo

TOTAL BRUTO \$3,074,838.

DESCUENTOS \$0.

SUBTOTAL \$3,074,838

IVA TOTAL \$28,800

TOTAL A PAGAR \$3,103,638

ON: TRES MILLONES CIENTO TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y
CHO PESOS CON 00/100 MONEDA CDRRIENTE

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

visor:

aborado por: Rayd Moron Montes

irma:

ombre:

Datos de quien recibe a conformidad

Firma:

Nombre:

No. documento de identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA, VALIDO POR 720 HORAS HASTA 24-FEB-13

Funcionario Aprobado: Rueda Rodriguez, Leslie Jo EPS CLINICENTRO DE DIAG BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo: ASesor INTEG - RRLJ
Fecha: 25/01/2013 14:03
Organizacion: SALUD INTEGRAL

Formulario de datos personales:

Nombre: 12192 Arreda E
Cedula: 1020331946
Fecha: 21/03/2013
TUTELAS CALLE 116

SERVICIOS MEDICOS
Firma y Sello Original

25/01/2013
SALUD INTEGRAL

OBSERVACIONES
RESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACION
/R SOL: 47488434 CTC RECOPRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201212363 DEL
25/01/2013 ACTA VIGENTE POR 3 MESES PRIMERA ENTREGA, ANEXAR ORDEN
EDICA VIGENTE
RDENA DR GOMEZ RM 11608 RECLAMA # FARM # CALLE 116 NO 71 B - 04 #
ET DE INFUSION DE INSULINA CADA 10 UNDS # SENSORES DE GLUCOSA
MLITE # RESERVORIOS DE INSULINA # ADHESIVOS IV 3000 # 10

servicio	Descripcion Servicio	Denomant Unidad
96300049	INSUMO NO FOS - OTRAS ENTREGAS	0

tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo volante
ERAPETICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
UAPLICA	Formula	Entregas	
edico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
edico Practica	Identificacion	Codigo	telefono
ARMASANTAS SAS	N 800149695		99999999
OSPITAL UNIVERSITARIO SAN IG N 660015536			N
Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
ARRIOLA ECHEVERRI, ITZIR	C 1020731946	11/04/1986	6346647
direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
ALLE 81 # 10 - 32 AP 501	30-10-749926-1-1 341-50		
unicipto	Departamento	E-mail	
11001)BOGOT	(11001)BOGOTA D. A		
edico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
edico Practica	Identificacion	Codigo	telefono
ARMASANTAS SAS	N 800149695		99999999

empaña: EPS SANITAS
lan: (10) INTEGRAL
Nombre Usuario: RUIZ, ITZIR
Identificacion: C 1020731946
Fec.Nacim: 11/04/1986
Tel.Resid: 6346647
Antig Categ: Tel.Acudie
Direccion: ALLE 81 # 10 - 32 AP 501
unicipto: 11001)BOGOT
Departamento: (11001)BOGOTA D. A
E-mail: (11001)BOGOTA D. A

CTC RECOPRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201212363 DEL 1
Nit: 8002514406
Codigo: EPS005
Telefono: 018000919100
Num_Vol: 6383853

depende: Formula med: 00001865397
Fecha: 25/01/2013 14:03
Pag No: 1 / 1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

1. Feb = 23-24-25

He = 116 No 713-04

Boyaca - Parfecedra

Fecha: 21/03/2013
Nombre: HATIA ALVILA E.
Cedula: 102031946
Telefono: 6346647

Dr. Natalia Sanchez M.
Medicina Interna-Endocrinologia

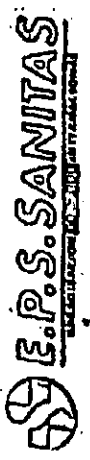
Dr. J. USO BARRA
DE USUARIA

- RX:
- ① ADHESIVOS 14.3.000 0,01 x 10. $\frac{\text{Uva c/a} \times 4}{5} = 5$
 - ② 0,01 x 10. $\frac{\text{Uva c/a} \times 4}{5} = 5$
 - ③ 0,01 x 10. $\frac{\text{Uva c/a} \times 4}{5} = 5$
 - ④ 0,01 x 10. $\frac{\text{Uva c/a} \times 4}{5} = 5$

Nombre: HATIA ALVILA E.
Fecha: 24/10/12.

 E.P.S. SANITAS REGISTRADO EN EL MINISTERIO DE SALUD NIT. 800.251.440-8		CUOTA MODERADORA 010770724645300721005770584-354	VALOR: 2.200
AFILIACIÓN No.: 50-10-749926-1		NOMBRE DEL AFILIADO: ITZIAZ ARRIOLA ECHEVERRI	AFILIADO No.: 1
DÍA: MES: AÑO:		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN:	
DILIGENCIE ESTE DOCUMENTO EN TODAS SUS CASILLAS. PRESENTE EL CARNE DE AFILIACIÓN Y SU DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, PARA CONFRONTACIÓN DE DATOS. RECUERDE: NO SERÁ ATENDIDO SI NO PRESENTA ESTOS DOCUMENTOS. LA FALSEDAD Y/O LA INCONSISTENCIA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES MOTIVO PARA EL NO RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL SERVICIO Y LA CANCELACIÓN DEL CONTRATO.		ASISTENCIA PRESTADA: ☒ HOSPITALIZACIÓN ☐ ATENDIMIENTO HOSPITALARIO ☐ CONSULTA ☐ OTROS ESPECIFIQUE: _____ ☐ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO _____	
		DIAGNÓSTICO: _____	
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.: 1020 731 946	FIRMA DEL AFILIADO: 

QUALQUIER ENMENDADURA, FAVOR CORREGIR AL DORSO Y FIRMAR



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recibo por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radicaciones de entidad radicante: 13206061008

No Consecutivo recibo: 1320606101796

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101798 - 288340

TI / 96091515137 / NA-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: TI

Numero de documento de identidad: 96091515137

Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: GONZALEZ

Primer Nombre: TATIANA

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	3
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicin(s)	0	0
Soportes Integrales del Recibo	1	1
Totales: 3 5		
Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recibo Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0		

IV. Detalle del recibo														
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Saludo Médico	Periodo Suministro (S/M)	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Suministro	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item
1	11801-20130130234	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FART000000001122976	20/03/2013	09/04/2013	E106	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	74301	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGM NMIT 332A
2	11801-20130130234	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FART000000001122976	20/03/2013	09/04/2013	E106	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	103240	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ENLITE
3	11001-20130130234	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FART000000001122976	20/03/2013	09/04/2013	E106	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	82629	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK

Total Recibido: \$ 3.035.000.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

SIMILAR O QUE REEMPLAZA POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGM NMIT 332A	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	0	0.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	8.17	30	5	\$ 477.000.80	\$ 2.385.000.00	0	0	0.80	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000.80	\$ 470.000.00	8	0	8.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	30/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ARISTIZABAL GOMEZ DIANA CECILIA	39437018	4735
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
11/01/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION E VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN EN MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCÉMICO. REQUIERE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTÁNEA DE NO ALCANZAR METAS.

Identificación del procedimiento/sumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO PARADIGM MMT 332A	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	120	360

CUMS, CUPS:

74501

Justificación Medicamento No POS: SE SOLICITA RESERVORIO PARADIGM POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER DUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGÍA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Control
GOMEZ GONZALEZ TATIANA	96091515137	30-10-294304-1-4

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION E VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN EN MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCÉMICO. REQUIERE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTÁNEA DE NO ALCANZAR METAS. SE SOLICITA RESERVORIO PARADIGM POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGÍA Y

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

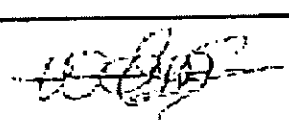
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

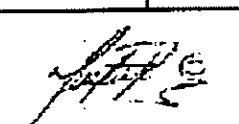
A: APROBADA N: NEGADA

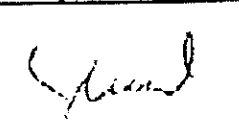
Justificación Técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benaides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	30/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILJIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ARISTIZABAL GOMEZ DIANA CECILIA	39437018	4735
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
11/01/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION E VARIOS MESES DE EVOLUCION EN MANEJO FARMACOLOGICO ACTUAL CON ANTIDIABETICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCEMICO. REQUIERE MONITORIZACION PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTANEA DE NO ALCANZAR METAS.
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0.1666	60	360

CUMS, CUPS:	103240
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GOMEZ GONZALEZ TATIANA	96091515137	30-10-294304-1-4

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION E VARIOS MESES DE EVOLUCION EN MANEJO FARMACOLOGICO ACTUAL CON ANTIDIABETICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCEMICO. REQUIERE MONITORIZACION PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTANEA DE NO ALCANZAR METAS. SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA B: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	30/01/2013

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547884	MARCO FIDEL PEREZ CC 78624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702689

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico
ARISTIZABAL GOMEZ DIANA CECILIA		39437018	4735
Fecha de Solitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		Tipo	
11/01/2013		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica		Paciente de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación e varios meses de evolución en manejo farmacológico actual con antidiabéticos orales en mal control glucémico. Requiere monitorización permanente de glucemias. Paciente de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación e varios meses de evolución en manejo farmacológico actual con antidiabéticos orales en mal control glucémico. Requiere monitorización permanente de glucemias.	
Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:		SET DE INFUSION 6 ML X 23	
Procedimiento / Insuño		Objetivo	Motivo
			Frecuencia de uso
			Cantidad
			Tiempo

Nombres y Apellidos		Documento de Identificación	Contrato
GOMEZ GONZALEZ TATIANA		96091515137	30-10-294304-1-A

Diagnóstico	
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	
Descripción:	Código
	E109

Análisis del Caso:	
EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 18 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN E VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN EN MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCÉMICO. REQUIERE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DE GLUCEMIAS POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALÍAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGÍA Y DAR SEGUIMIENTO. SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALÍAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGÍA Y DAR SEGUIMIENTO. SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALÍAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGÍA Y DAR SEGUIMIENTO.	
Verificación de los Criterios de Autorización:	
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS, no se tendrán como válidas las prescripciones de profesionales de instituciones que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o parámetros satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones especiales. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios (conforme al artículo 18 de la Ley 1438 de 2010 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen).	SI

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	
A	

Justificación Técnica y Normativa	
DE SPUS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DE FARMACIA O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN PARA SU APROBACIÓN Y/O CONTINUACIÓN CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.	

Procedimiento / Insuño	
Objetivo	N/A
Motivo	N/A
Frecuencia de uso	N/A
Cantidad	N/A
Tiempo	N/A

FARMASANTAS

FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No.310000053045 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122976

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM A
26 03 2013

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

Referencia: 278606-26032013-39

ORIGIN

Sucursal: 113_FARMA_INSUMAR

EÑORES ENTIDAD PRDMOTDRA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM A

24 06 2013

Documento de Identificación

Tipo Nit. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 2013

DD MM AA

RECCION / SUCURSAL

CL 100 11B 67 ,

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCU	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-302A CAJ X 16 PARADIGMA 3 OML CUM 0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM 0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000
529	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-309 CAJ X 10 QUICK EX23 CUM 0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000

ACTURA COBRABLE
VER A AUDITORIA MEDICA
COMPROBANTE DE EGRESO

ESPERANZA JANNETH URREGO
CC: 52270237

Enfermera Auditor Junior

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
08. CUB 32

09 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

REGIONAL BOGOTA
11 ABR 13

Intrato : 0300100000294304000104
Numero : 96091515137-TATIANA GOMEZ GONZALEZ
Medico : 800149384-CLINICA COLSANTAS S.A.
Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
Fecha Entrega: 21-MAR-13
Autorizacion : 49710566

TOTAL BRUTO

\$3,035,000

DESCUENTOS

\$

SUBTOTAL

\$3,035,00

IVA TOTAL

\$28,80

ON: TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS
ON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR

\$3,063,80

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

Misor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Laborado por: Fabian Bonilla Colorado

Firma:

Nombre:

Firma:

No. documento de identidad:

Firma:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

2101210110783365

248606-38

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 23-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprobado
CARDONA YEPES, MARGARITA M. MEDELLIN ORIENTAL
Calle 100 No. 100-100
Medellin (Principal)
Fecha Impresion 23:10:14
ASesor INTEG

ORGANIZACION SANITAS
SERVICIOS MEDICOS
Firma y Sello
Original

ENTRADA
Paciente
20 MAR 2013

Ma. Adelaida Gomez
CC 42893677
3134656

ACTA NO. 11001-201303024
30/01/2013 2 ENTREGA DE 12 #
RESERVORIOS PARA BOMBA DE INFUSION REF. 332 A 3 ML CADA DE 100 UNIDAD
SET DE INFUSION PARA BOMBA DE INSULINA REF. MM1 399 POR 100 CONT
1 CADA # SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ELITE REF. MM1 / MMH PARA X 5 #
ENTRADA # 1 CADA #

RESERVACIONES

Servicio Descripción Servicio
697300049 INSUMO NO PUS - OTRAS ENTREGAS
P 1 GENERAL

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
APLICH	Formula	Entregas	1

Medico Ordena CLINICA COLSANITAS S.A.
Medico Practica FARMASANITAS SAS
Identificación N 800149384
Codigo N 800149695
Puerta Ent Telefono 99999999

Nombre Usuario SOMEZ GONZALEZ, TATIANA
Direccion CARRERA 43 C # 1 - 75 INT
Municipio (05001) MEDELLIN
Identificación T 96091515137
Fec. Nacim 15/09/1996
Tel. Resid 3124656
Contrato 30-10-294304-1-4 643-SC
Departamento E-Mail
Antig. Categ Tel. Acadie

Nit: 8002514406 Codigo: EPS005
Telefono: 018000919100 Num_Vol: 1600124

Enen 11/2013

Diana Aristizabal Gómez- PEDIATRA

Clínica Medellín Poblado C.1012

Tel: 2681636 - 3188278783 - 3104263703

Tahana Gomez Gonzalez

dianaaristigo@hotmail.com

TI 96091515137

- Quick set MMT 399 x 6mm capu por 10U.
uso diario cambiar cada 3 dias
- Reservorios ref 332A 3ml capu por 10
uso diario cambiar cada 3 dias
- Sensores Enlite ref mmt 7008A
capu por 5U uso diario cambiar c/5 dia
- Adhesivos IV 3000 10U uso diario
cambiar cada 3 o 6 dias segun estado

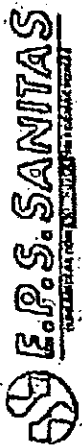
[Signature]

0

Ma Adelaida Gonzalez

cc 42893677

Tel 31246576



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recobro: 1320606101797

Tipo Radicación: 1

Numera Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101797 - 268340

000000005022732

TI / 99020607773 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: TI

Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: GONZALEZ

Primer Nombre: SUSANA

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: E

Numero de documento de identidad: 99020607773

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	3
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formu(s) Medic(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	5

Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formulario MYT-01) 0

IV. Detalles del recobro

Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo con Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Dispensario (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recupera(ción)	Valor Recobro
1	11001-20130130194	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FAR1000000001122878	20/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800145695-1	FARMASANITAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00
2	11001-20130130194	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FAR1000000001122878	20/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800145695-1	FARMASANITAS SAS	103240	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	11001-20130130194	30/01/2013	11/01/2013	S	03/2013-02	FAR1000000001122878	20/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800145695-1	FARMASANITAS SAS	82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 3.035.000.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	0	SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA ENLITE	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	SET INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

436
470

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	30/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico			
FRANCO MANUEL DARIO	1288	1288			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO				
11/01/2013	CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BUEN CONTROL MANEJADO CON INSULINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO POR PATOLOGIA				
Identificación del procedimiento/insum o solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0.3333	120	360
CUMS, CUPS:	74501				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GOMEZ GONZALEZ SUSANA	99020607773	30-10-294304-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 13 AÑOS DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BUEN CONTROL MANEJADO CON INSULINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO POR PATOLOGIA SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	30/01/2013
-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702698

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
FRANCO MANUEL DARIO		1288		1288		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
11/01/2013		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BUEN CONTROL MANEJADO CON INSULINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO POR PATOLOGIA					
Identificación del procedimiento/sumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA		TRATAMIENTO	N/A	0,1666	60	360
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. Y ASI MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
LOPEZ GONZALEZ SUSANA	89020607773	30-10-294304-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 13 AÑOS DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PACIENTE CON BUEN CONTROL MANEJADO CON INSULINA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO POR PATOLOGIA SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE. Y ASI MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
A: APROBADA B: NEGADA	

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

437
471

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	30/01/2013

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Resumen de la Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		Tipo	
FRANCO MANUEL DARIO		1288	
Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	
11/01/2013		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica		Paciente de 13 años diabético Mellitus Insulinodependiente sin mención de complicación Paciente con buen control. Manejado con insulina de varios años de evolución en tratamiento por patología.	

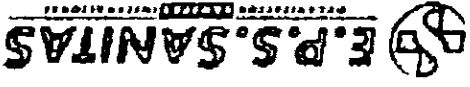
Identificación del procedimiento/insurno solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insurno	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0.3333	120	360
CUMS, CUPS: 82629					
Justificación: SE SOLICITA SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, Y ASI MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.					

3. Datos de identificación del Usuario:			
Nombres y Apellidos		Documento de identificación	Contrato
CMEZ GONZALEZ SUSANA		8902060773	30-10-294304-1-3

Análisis del Caso:			
EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 13 AÑOS DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO POR PATOLOGIA SE SOLICITA SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE, Y ASI MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.			
Diabetes Mellitus Insulinodependiente sin mención de complicación	Descripción:	Código	E109

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

7. Decisión:					
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insurno:					
A					
A: APROBADA N: NEGADA					
Justificación Técnica y normativa					
DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLOS O PROCEDIMIENTOS PUBLICADOS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR VIO CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.					
7. Equivalente Terapéutico:					
Procedimiento / Insurno	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A





FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic.-2004

Res. Fact DIAN No. 310000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122978

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AA

26 03 20

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

Referencia: 278606-26032013-38

ORIGIN

Sucursal: 113_FARMA_INSUMAR

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AA

24 06 20

Documento de Identificación

Tipo Nit. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 20

DD MM AA

DIRECCIÓN / SUCURSAL

L 100 11B 67

CIUDAD

Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

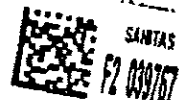
TELÉFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM 0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,00
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM 0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,00
629	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-359 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM 0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,00

FACTURA RECUPERABLE
VOLVER A AUDITORIA MEDICA
COMPROBANTE DE EGRESO

CANCELADO



ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 OF. COM-32
 09 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
 No implica aceptación como Título Valor.

ESPERANZA JANETH URREGO
 CC: 52270237

Enfermera Auditor Junior

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

Contrato : 0300100000294304000103
 Usuario : 99020607773-SUSANA GOMEZ GONZALEZ
 Id. Medico : 39684940-DIANA ESTHER ARISTIZABAL GOMEZ
 Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega: 21-MAR-13
 Autorización : 49562721

TOTAL BRUTO

\$3,035,000

DESCUENTOS

SUBTOTAL

\$3,035,00

IVA TOTAL

\$28,80

MON: TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS
 MON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR

\$3,063,80

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

Emisor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Elaborado por: Fabian Bonilla Colorado

Firma:

Nombre:

Firma:

No. documento de identidad:

Nombre:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página

1 de

2438
 472

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 10-APR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprobado
LONDOND, ANGELA OSTRID
Oficina
Medellin Oriental
Medellin (Principal)
Ciudad
Organizacion SANITAS
L.H.H
Asesor Integ. Exp. VO
11/03/2013:10:37

Original

FIRMA Y SELLO

F.P.S. SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

Mo Adelaida Gonzalez
CC 412 193677
Tel 3124646

PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION
OBSERVACIONES
-C ACTA 11001-20130130194
12 ENTREGAS ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE #ENTREGA VIGENTE HASTA
EL 30/03/2013 # NO REQUIERE VALE.
CORRESPONDE A QUICK SET MM1 399 X 6 MM (SET INYECCION) # 1 CAJA DE 10.
RESERVARIOS DE 3 ML # 1 CAJA DE 10. # SENSOR ENLITE PARA MEDIR
GLUCOSA # 1 CAJA DE 5 UNO

Servicio Descripción Servicio Denoant Unidad
697300049 INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS P 1 GENERICA

Medico Usuario
GOMEZ GONZALEZ, SUSANA
Direccion
CARRERA 43 C # 1 - 75 INTERIO 30-10-294304-1-3 642-SC
Municipio
(05001) MEDELLIN
Medico.Ordene
ARISTIZABAL GOMEZ, DIANA ESTHE C 39684940
Medico Practica
FARMASANITAS SAS
Tipo Proced
Clase
Lugar
Ambulatorio
Tipo Volante
PRINCIPAL
NO APLICA
Formula
Entregas
1

Compañia:EPS SANITAS
Plan:(10) INTEGRAL
Nit:8002514406
Codigo:EPS005
Telefono:018000919100
Num_Vol: 1594644

Solicitud: 49562721
Fecha: 11/03/2013:10:37
Formula med:000019672093
Secuencia:

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Pag No:1 / 1

2013 MAR 27
P.E. ENLITE
P.E. ENLITE
P.E. ENLITE

Diana Aristizabal Gómez- PEDIATRA
 Clínica Medellín Poblado C.1012
 Tel: 2681636 - 3188278783 - 3104263703

Enew 11/2013

Susana Gomez Gonzalez

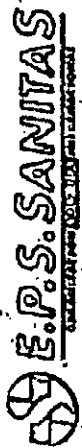
dianaaristigo@hotmail.com

TT 99020607773

- Quick set MMT 399 x 6mm capa por 10
 uso diario cambiar cada 3 dias
- Reservorios ref 332A 3ml capa por 10.
 uso diario cambiar cada 3 dias
- Sensores Enlite ref mmt 7008A
 capa por 5U. uso diario cambiar 45d.
- Adhesivos IV 3000 10U uso diario
 cambiar cada 3 o 6 dias segun estado.

Diana Aristizabal G.

Ma Adelaida Gonzalez
 cc 42893677
 tel 31246576



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recibo por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01



Hoja 1 de 1
120

I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:
13206081008

No Consecutivo recibo:
1320608101738

Tipo Radicación:
1

Numero Radicación anterior MYT01:
0

II. Datos de la Entidad

Código SNS:
EPS005

Razón Social:
EPS SANITAS SA

CIE: 1320608101738 - 288340

000000085022733

CC / 1020731946 / M-08-18

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1020731946

Primer Apellido: ARRIOLA

Segundo Apellido: ECHEVERRI

Primer Nombre: ITZIAR

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

IV. Detalle del recibo											
Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Salud Médico	Periodo (S/N)	Periodo Suministro	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Ficticia	Código Diagnóstico (CIE)	% Suministro	NIT Proveedor
1	111-201212363	18/12/2012	18/12/2012	S	03/2013-02	FAR100000000 1121045	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1
2	111-201212363	18/12/2012	18/12/2012	S	03/2013-02	FAR100000000 1121045	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1
3	111-201212363	18/12/2012	18/12/2012	S	03/2013-02	FAR100000000 1121045	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1
SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Cantidad Autorizada	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tempo Días	Valor Unitario
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	PIEZA	0.33	30	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0.00	0	\$ 0.00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0.00	0	\$ 0.00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0.00	0	\$ 0.00
Total Recibido:											\$ 3.035.000,00

Fecstado

472

122

7/10
7/7

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	18/12/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41939381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/11/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumum solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO DE INSULINA SEGASN ESPECIFICACIONES	TRATAMIENTO	N/A	0,33	30	90

CUMS, CUPS:

74501

Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ITZIAR ARRIOLA	1020731946	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

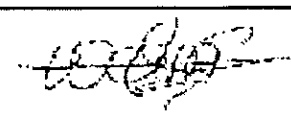
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

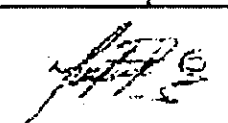
A. APROBADA N. NEGADA

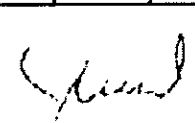
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/12/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547884	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.		41939381	63-1893		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
18/11/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 28 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION				
Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE	TRATAMIENTO	N/A	0,17	15	90
CUMS, CUPS:	103240				
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ITZIAR ARRIOLA	1020731846	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:		A
A: APROBADA N: NEGADA		
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.	

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

441/475



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No 31000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001121045

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

26 03 2013

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

Referencia: 278389-26032013-18

ORIGINAL

Sucursal: 110_FARMA TUTELAS_CALLE_116

NORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AAAA

24 06 2013

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 2013

DD MM AAAA

Documento de Identificación

Nit. No. 800251440-6



SANTAS

F2 039770

ECCION / SUCURSAL

100 11B 67

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUOTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
63	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
63	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
63	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
63	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
63	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
163	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
163	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
163	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
163	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
163	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
363	APOSITO OPSITE IV 3000 BCM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960.00
501	RESERVOIRIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$180,000.00
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$235,000.00
502	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00

CANCELADO

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
 AGENTAS MEDICAS
 OF. Cali 320
 09 ABR 2013
 RECIBIDO PARA ESTUDIO
 No implica aceptación como Titulo

FACTURA
RECIBIBLE
OLVER A AUDITORIA MEDICA
CONPROBANTE DE EGRESO

 Contrato : 0300100000109326001
 Lugar : 10011001-1121AR ARIOLA ECHEVERRI
 Teléfono : 860015536-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS
 Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega : 21-MAR-13
 Autorización : 49326611

 MON: TRES MILLONES OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS
 MON 00/100 MONEDA CORRIENTE

TOTAL BRUTO	\$3,054,600
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,054,600
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,083,400

REGIONAL BOGOTA
 11 ABR 13
 37

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

2101210110783409

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 25-MAR-13
RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Oficina Aprobada
Ciudad
IZACION DURAN, SAMIR J EPS CLINICENTRO DE DIAG BOGOTA (PRINCIPAL)
OCD/INIZACION/32/03/2013/10:57
23/02/2013/10:57

Fecha: 21/03/2013
Nombre: HERRERA ALICIA E
Cédula: 1000331946
Teléfono: 6346647
TUTELAS CALLE 116
FARMASAMITAS
FIRMA Y SELLO
Original

DR GOMEZ RM 11606 RECLAMA # FARMASAMITAS # CALLE 116 NO 71 B - 04 #
RECUSION DE INSULINA GATA 10 UND *10 / # SENSORES DE GLUCOSA
RESERVORIOS DE INSULINA *10ADHESIVOS IV 3000*10
CORRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201212363 DEL 16/12/2012 ACTA
E POR 3 MESES. SEGUNDA ENTREGA. ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE

Ordena	AL UNIVERSITARIO SAN 16 N 860015536	Identificación	Código	Puerta Ent	N	Telefono	99999999
Practica	ANITAS SAS	Identificación	Código	PRINCIPAL	Tipo Volante	Lugar	AMBULATORIO
Clase	FA	Entregas	Formula	Entregas	Entregas	Entregas	Entregas
UTICO	UTICO	Entregas	Formula	Entregas	Entregas	Entregas	Entregas
Descripción Servicio	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	Entregas	Formula	Entregas	Entregas	Entregas	Entregas
Denominación Unidad	Denominación Unidad	Entregas	Formula	Entregas	Entregas	Entregas	Entregas

USUARIO: A ECHEVERRI, ITZIA R
Identificación: C 1020731946
Fec. Nacimiento: 11/04/1986
Tel. Residencia: 6346647
Contrato: 30-10-749926-1-1 345-SC
Departamento: E-Mail
(11001) BOGOTA D.C. @

ACTA BOGOTA D.C-111-201212363 DEL 16/12/2012
NIT: 8002514406
Código: EPS005
Telefono: 016000919100
Num. Vol: 6572131

Fecha: 23/02/2013:10:57
Formula-med: 000019389175
Pag No: 1 / 1



DRA NATHALIA SÁNCHEZ M.
RM: 52862085
Medicina interna-Endocrinología

Calle 106 # 56-76 consultorio 201
Edificio Vital Médica
nathas77@hotmail.com
3106785746-6287904

Fecha 24/10/12.

Nombre ITZIA ARRIOLA.

Rx: FORLUMA x 6 UES.

① ADHESIVOS IV. 3.000 (bja x 10.

Una caja x UES. = 6 (SEIS)

② CAJA DE RESERVA 3ML x 10 UUD.

Una caja x UES = 6 (SEIS)

③ SENSORES ELITE = 30 (TREINTA)

5 x UES.

④ CAJA DE SET DE INFUSION 6MM
x 10 UUD.

Una caja x UES. = 6 (SEIS)

DM 1 USO BOLIBA
DE INSULINA

*Nathalia Sánchez M.
Medicina Interna-Endocrinología
RM: 52862085*

IMPRESA

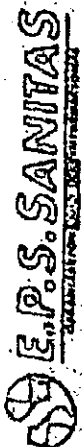
TUTELAS CALLE 116

Fecha. 21/03/2013.

Nombre ITZIA ARRIOLA E.

Gedula 1020731946

Teléfono 6246643



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social

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

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo maobro: 1320606101801

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101801 - 288340

CC / 19431811 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 19431811

Primer Apellido: FONSECA

Segundo Apellido: RODRIGUEZ

Primer Nombre: JUSTO

Segundo Nombre: ENRIQUE

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factum(s) del Proveedor(es) Canoeleada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medica(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3

Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acto o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NTI proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperalización	Valor Recobro	
1	111-2012111025	28/11/2012	09/11/2012	S	03/2013-03	FART-00000000 1126237	07/03/2013	08/04/2013	E109	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	82133	RESEVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00	\$ 1.448.670.00

Total Recobrado: \$ 1.448.670.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total	Valor Recobro
1	RESEVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA	0.33	30	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	0			10	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00

Similar o que reemplaza - POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total	Valor Recobro
1	RESEVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA	0.33	30	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	0			10	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00

CIUDAD: BOGOTA

FECHA ACTA: 28/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico			
DIEGO HOLGUIN L	19427187	13726			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO				
09/11/2012	CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE CON 51 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 A QUIEN A PESAR DE LOS AJUSTES DE LA INSULINA BASAL Y BOLOS NO LOGRA CONTROL DE LA PATOLOGIA				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PDM PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	TRATAMIENTO	N/A	0.6666	120	180
CUMS, CUPS:	82133				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA MANEJO DE BOMBA DE INFUSION Y SUS INSUMOS POR PRESENTAR HIPOGLICEMIAS CON VALORES HASTA 23 M/DL POR LO QUE REQUIERE CONTROL DE LA APLICACION DE INSULINA				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JUSTO ENRIQUE FONSECA ENRIQUE	19431811 /	30-10-100964-1-0

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 A QUIEN A PESAR DE LOS AJUSTES DE LA INSULINA BASAL Y BOLOS NO LOGRA CONTROL DE LA PATOLOGIA Y PRESENTA HIPOGLICEMIAS CON VALORES HASTA 23 M/DL POR LO QUE REQUIERE CONTROL DE LA APLICACION DE INSULINA

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo: A

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFRIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

farmasanitas

44-5
479

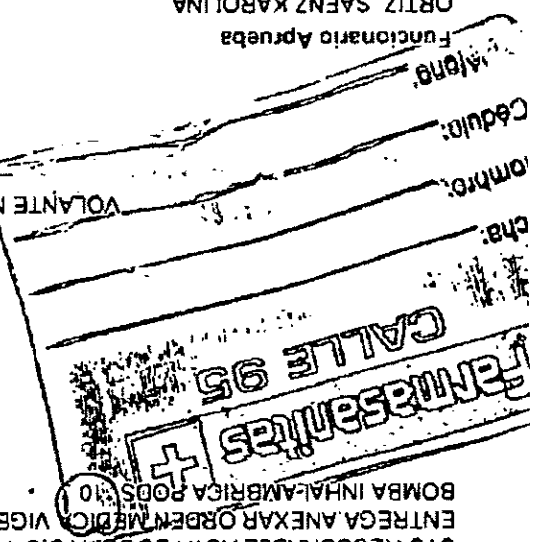
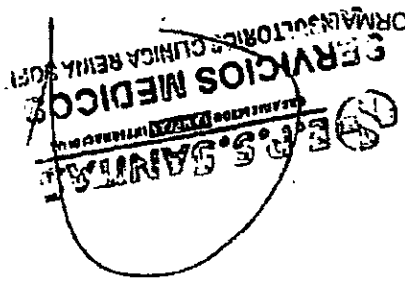
FORMA RECORRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201211025 DEL 28/11/2012 ACTA VIGENTE POR 12 MESES. ATA NO RECLAMO 3RA ENTREGA. ANEXAR ORDEN MEDICO VIGENTE. ORD DR. HOLGUIN RM 10427187 # FARMACIA CALLE 95 # PODS PARA USO CON BOMBA INHALAMBRICA PODS 40

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 06-APR-13

Funcionario Aprobado: ORTIZ, SAENZ, KAROLINA
Cargo: ASESOR INTEG - AUX EXP VOL
Oficina: OFICINA CONSULTORIOS CRS
Elabora: OSK
Fecha impresion: 07/03/2013 13:50
Ciudad: BOGOTA (PRINCIPAL)

FIRMA Y SELLO Original

ce. 19437841 etc
Tel. 6695692



PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION

OBSERVACIONES

Servicio	Descripcion Servicio	Denom	Cant	Unidad
697300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P	1	GENERICA

Nombre Usuario	Direccion	Municipio	Medico Ordena	Medico Practica	Farmas Sanitas SAS	Clase	Formula	Lugar	Tipo Volante	Fec. Nacimiento	Antig	Categ	Tel. Acudiente	Tel. Residencia	Identificacion	Contrato	Departamento	E-Mail	Codigo	Identificacion	Codigo	Puerta Ent.	N	Telefono	99999999
FONSECA, RODRIGUEZ, JUSTO, ENRIQUE	CALLE 174 # 22 - 30 IN 6 AP	(11001) BOGOTA	CLINICA COLSANITAS S.A.	Medico Practica	FARMASANITAS SAS	FA	Formula	AMBULATORIO	PRINCIPAL	26/02/1961	913-S	B	6725016	6725016	C 19431811	30-10-100964-1-0	(11001) BOGOTA D.C.	@	913-S	913-S	913-S	913-S	913-S	913-S	913-S

Plan:	(10) INTEGRAL
Compania:	EPS SANITAS
Secuencia:	ACTA BOGOTA D.C-111-201211025 DEL 28/11/2012
Depende:	Formula med: S10000019622243
Fecha:	07/03/2013 13:50
Page No:	1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

49519991



BANTING
UNIDAD DE DIABETES

47958261

DIEGO HOLGUIN MD.
DIABETÓLOGO U.B.A.

Nombre:

Enrique Fonseca

Fecha:

Nov 9/2012

R./

P.D.M. de Omnipod para
colocación de insulina
1 uno

Pods para aplicación
de insulina con bomba
inalámbrica de Omnipod
10 diez al mes.

Prescripción para 6 meses

Farmasánitas
CALLE 95

FARMASANITAS
TRAMITADO POR CTC

23 NOV 2012

OFICINA CALLE 127

AV-CLL-127 No. 21 - 601 Tel: 6272046 - 6460 30 - 3108805703 die.holguin@gmail.com
Cons. 309 Reina Sofía



CA DE COLOMBIA
la Protección Social
servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

Hoja 1 de 1 137

V. Declaración de la entidad		DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copie(s) del Acta(s) del CTC			1	3
Fiducium(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)			1	1
Orden(es) o Formule(s) Medicin(s)			0	0
Soportes Integrales del Recobro			1	1
Totales:			3	5
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior				
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)				0

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Inicio (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación de Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NTI Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuentas por Cobrar / Recaudación	Valor Recibe
1	111-2012037669	30/03/2012	20/03/2012	S	03/2013-12	FAR1000000001122205	22/03/2013	09/04/2013	E147	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00
2	111-2012037669	30/03/2012	20/03/2012	S	03/2013-12	FAR1000000001122205	22/03/2013	09/04/2013	E147	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	103240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	111-2012037669	30/03/2012	20/03/2012	S	03/2013-12	FAR1000000001122205	22/03/2013	09/04/2013	E147	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	82629	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	IN	10	\$ 470.000.00	\$ 4.700.000.00	\$ 0.00	\$ 4.700.000.00

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVOIRIO BOMBA INSULINA PARADOXIMA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18 000.00	\$ 180 000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA EN LÍQUIDO	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477 000.00	\$ 2 385 000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47 000.00	\$ 470 000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: BOGOTA

FECHA ACTA: 30/03/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	MARIA MAGDALENA GARCIA CC 20578641

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de identificación		Registro Médico		
DUARN VENTURA PAOLA		52047001		52047001		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
20/03/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SE ENCUENTRA EN TERAPIA INSULINICA FLEXIBLE E INTENSIFICADA CON LA CUAL HA PERMITIDO OBTENER UN EXCELENTE CONTROL METABOLICO, CON MENOS RIESGOS DE HIPOGLUCEMIAS SEVERAS A DIFERENCIA DE OTRAS INSULINAS CONVENCIONALES UTILIZADAS.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA		TRATAMIENTO	N/A	0.33	120	360
CUMS, CUPS:	74501					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO DE 3 ML POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JUAN ROBLEDO ROJAS	99011411343 /	30-10-6576-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES MULTIPLES		E147
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. SE SOLICITA RESERVORIO DE 3 ML POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art. 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroquen.	SI

6. Decisión:

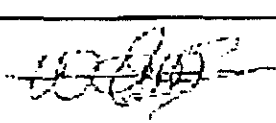
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

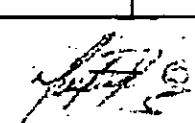
A: APROBADA B: NEGADA

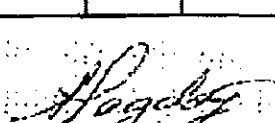
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Maria Magdalena Garcia
 Representante de Usuarios Suplente

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	30/03/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	MARIA MAGDALENA GARCIA CC 20578641

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
DUARN VENTURA PAOLA		52047001		52047001		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
20/03/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 13 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION SE ENCUENTRA EN TERAPIA INSULINICA FLEXIBLE E INTENSIFICADA CON LA CUAL HA PERMITIDO OBTENER UN EXCELENTE CONTROL METABOLICO, CON MENOS RIESGOS DE HIPOGLUCEMIAS SEVERAS A DIFERENCIA DE OTRAS INSULINAS CONVENCIONALES UTILIZADAS.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSOR MEDIR GLUCDSA ENLITE		TRATAMIENTO	N/A	0,3333	120	360
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES ENLITE POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JUAN ROBLEDO ROJAS	99011411343	30-10-6578-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES MULTIPLES		E147
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. SE SOLICITA SENSORES ENLITE POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUE S DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

 N/A
 486



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122205

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAAA

26 03 2011

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 74 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Referencia: 278497-26032013-37

ORIGIN

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

24 06 2011

Documento de Identificación

No DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

Tipo Nit. No. 800251440-6

24 06 2011

DD MM AA

RECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

L 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
842	APPOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM-0-00	SIN	10	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$53,330
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM-0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
324E	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT700BA CAJ X 3 CUM-0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000
529	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM-0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000

CANCELADO

FACTURA RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO
AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
EPG C.A.S
REVISAR
ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
por aceptación como Título Valor.
CONTRATO : 0300100000006576000102 **ESPERANZA JANNETH URREGO**
Usuario : 99011411343-JUAN ROBLEDO ROJAS **CC: 52278237**
Medico : 52047001-PAOLA DURAN VENTURA **Enfermera Auditor Senior**
po Aut. : INSUMOS COMITE
Fecha Entrega : 22-MAR-13
autorización : 49761154

TOTAL BRUTO	\$3,088,330
DESCUENTOS	REGIONAL BOGOTA
SUBTOTAL	11 ABR '13
IVA TOTAL	37
TOTAL A PAGAR	\$3,117,130

MON: TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO TREINTA
ESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Revisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Monica Cajica Lezmez		Firma:
Fecha:		Nombre:
Apellido:		No. documento de identidad:
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

 4/19
 2/183

ORGANIZACION DE MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 25-MAR-13

Funcionario Aprueba: RODRIGUEZ CASALLAS,ROSSE MARIE
Cargo: ASESOR INTEG - AUX EXP VOL
Oficina: OFICINA REGIONAL BOGOTA
Elabora: RCRM
Fecha impresion: 22/03/2013:15:58

BOGOTA (PRINCIPAL)

Fecha impresion

RCRM

Telefono

ASESOR INTEG - AUX EXP VOL

22/03/2013:15:58

BOGOTA (PRINCIPAL)

FIRMA Y SELLO

SERVICIOS MEDICOS
OFICINA CALLE 95

VOLANTE NORMAL

Original

Nombre

Apellido

Fecha

Medicamento

Forma

Clase

Lugar

Entregas

Tipo Volante

PRINCIPAL

Entregas

Forma

Clase

Lugar

Entregas

Tipo Volante

PRINCIPAL

Entregas

Forma

Clase

Lugar

Entregas

Tipo Volante

PRINCIPAL

Entregas

Forma

Clase

Lugar

Entregas

Tipo Volante

PRINCIPAL

Entregas

Forma

Clase

Lugar

Entregas

Tipo Volante

PRINCIPAL

Entregas

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION

ORDENA DR. DURAN RM. 52047001 # CALLE 116 # RESERVORIO X 3 ML. 10 # SET DE INFUSION DE 6 MM. 10# SENSORES ELITE

PARA GLUCOSA .5 # ADHESIVOS IV 3000 .10 # ENLITE SERTER .1

CTC RECOPRABLE ACTA BOGOTA D.C.-111-2012037669 DEL 30 03 2012 VIGENTE POR 12 MESES. FAVOR ANEXAR OM VIGENTE

..12/12..

ENLITE SERTER SE ENTREGA

EN LA PRIMERA ENTREGA UNICAMENTE

Medicamento: FARMASANTAS
Forma: ALLE 95
Clase: 22/03/2013
Lugar: MO. VOSKOP
Entregas: 3978922
Tipo Volante: 6218080

Solicitud: 49761154
Fecha: 22/03/2013:15:58
Formula med: S10000019899851
Depende:
Secuencia:
Compania: EPS SANITAS
Plan: (10) INTEGRAL
Nombre Usuario: ROBERTO ROJAS JUAN
Direccion: CL 95 # 16 23 AP 402
Municipio: (11001) BOGOTA
Medico Ordena: DURAN VENTURA PAOLA
Medico Practica: FARMASANTAS SAS
Identificacion: C 52047001
Identificacion: N 800149695
Codigo: Puerta Ent. N
Codigo: Telefono 99999999
Fec.Nacim: 14/01/1999
Antig: 717-S
Categ: A
Tel.Acudiente: 6218080
Tel.Residencia: 6108254
E-Mail: @
Nit: 8002514406
Codigo: EPS005
Telefono: 018000919100
Num_Vol: 6752122

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Paola Durán Ventura, M.D.

Endocrinología Pediátrica

Jackson Memorial Hospital/University of Miami, USA

Nombre: Juan Diego Robledo

Fecha: 12/03/12

Dx / DM1

Reservorios de 3ml Caja #1. 12x12 meses.

Set de infusión de 6mm Caja #1. 12x12 meses.

Sensores Enlite para medir glucosa Caja #1.
12x12 meses.

Adhesivos IV 3000 10 unidades.
120x12 meses

EPS SANITAS
TRAMITADO CTC

FECHA: 22-03-12
FIRMA: DMC

Enlite Serter #1.

M. Jose Rojas
39778927



SD-45917822

Fundación Cardioinfantil, Calle 163A No. 13B-60 • Tel.: 669 4588
Celular: 317 229 48 72 • E-mail: pduranv@hotmail.com
Bogotá - Colombia

SD-46939115



I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recibo: 1320606101817

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101817 - 288340

CC / 1020731948 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1020731946

Primer Apellido: ARRIOLA

Segundo Apellido: ECHEVERRI

Primer Nombre: ITZUAR

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copias del Acta(s) del CTC	1	3
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicin(s)	0	0
Soportes Integrales del Recibo	1	1
Totales:	3	5

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recibo Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0

IV. Detalle del recibo

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo de Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Suministro	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recaudación	Valor Recibo
1	111-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	03/2013-03	FAR100000000 1122531	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA DE INSULINA PARADIGMA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00
2	111-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	03/2013-03	FAR100000000 1122531	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	103240	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	111-201212363	18/12/2012	18/11/2012	S	03/2013-03	FAR100000000 1122531	21/03/2013	09/04/2013	E109	100.00	800148695-1	FARMASANTAS SAS	74502	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 3.035.000.00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS														
SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA DE INSULINA PARADIGMA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
2	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	18/12/2012
-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PÉREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41839381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/11/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO DE INSULINA SEG&N ESPECIFICACIONES	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	30	90

CUMS, CUPS: 74501

Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ITZIAR ARRIOLA	1020731946	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA RESERVORIO DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

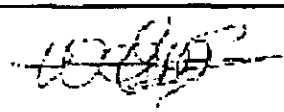
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

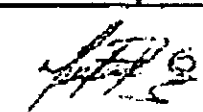
A APROBADA N: NEGADA

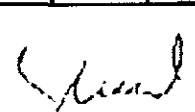
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/12/2012
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824057	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.		41939381		63-1893		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
18/11/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAA A E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION					
Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE		TRATAMIENTO	N/A	3,1666	15	90
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAA A E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ITZIAR ARRIOLA	1020731948	30-10-749926-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIROIDISMO SE DOCUMENTA ADEMAS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SENSOR DE GLUCOSA ENLITE POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.	

6. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, OMIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFIIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

452
-4486

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	18/12/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO	41939381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/11/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	Paciente de 28 años con diagnóstico de diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación quien actualmente presenta cuadro clínico de neuropatía autonómica asociado a síndrome de Gilbert con antecedentes de migraña e hipotiridismo se documenta además trastorno de ansiedad y depresión
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumum solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION INSULINA	N/A	N/A	0,3333	30	90

CUMS, CUPS:	74502
-------------	-------

Justificación	Medicamento No POS:
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE NEUROPATIA AUTONOMICA ASOCIADO A SINDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIRIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION SE SOLICITA SET DE INFUSION INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA	

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
AR ARRIOLA	1020731946	30-10-749926-1-1

Analisis del Caso:

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLÍNICAS SOLICITADAS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE DE NEUROPATÍA AUTONÓMICA ASOCIADO A SÍNDROME DE GILBERT CON ANTECEDENTES DE MIGRAÑA E HIPOTIRIDISMO SE DOCUMENTA ADEMÁS TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SE SOLICITA SET DE INFUSIÓN INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.	

6. Verificación de los Criterios de Autorización:

Cumplimiento	SI
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Cologano de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Cologano de Salud sin obtener respuesta clínica y/o parámetros satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Ley 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroquen	SI

Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA II. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	ME DEDICARÉ A SOLICITAR CUMPLIR CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN, GUÍAS, PROTOCOLO O OPORTUNIDAD DE FARMACOS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN II CON EL FIN DE INICIAR O CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

1. Nº Acta: 111-201212363





FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fud DIAN No.31000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122531

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

26 03 2013

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

Referencia: 278538-26032013-18

ORIGINAL

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAA

X

24 06 201

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 201

DD MM AA

Documento de Identificación

po Nit. No. 800251440-6



SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

. 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
163	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	1	\$1,960.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,960
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT700BA CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000
502	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-338 CAJ X 10 QUICK 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000

CANCELADO

FACTURA
COBRABLE

ALVER A AUDITORIA MEDICA

COMPROBANTE DE PAGO

Intrato : 1020731946-1721AR-ARR101A ECHEVERRI
J. Medico : 860015506-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
ipo Aut. : INSUMOS COMITE
echa Entrega : 21 MAR-13
torizacion : 149741644C

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
DE CREDITO
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTIMACION
IVA TOTAL

REGIONAL BOGOTA
11 ABR '13
37

TOTAL BRUTO \$3,054,600
DESCUENTOS \$0
SUBTOTAL \$3,054,601
IVA TOTAL \$28,801
TOTAL A PAGAR \$3,083,400

MON: TRES MILLONES OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS
MON 00/100 MONEDA CORRIENTE

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado, se aplicaran intereses de mora a la tasa máxima legal vigente permitida.

Emisor:
Laborado por: Angelica Beltran-Novoa

Firma de quien recibe:
Enfermera Auditor Junior
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

Firma:
Nombre:
No. documento de identidad:
Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Solicitud: 49741644 Fecha: 21/03/2013:15:47
Depende: Formula med:000019877904

CTC RECOPRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201212363
Compañia: EPS SANITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 6744672

Nombre Usuario: ARRIOLA ECHEVERRI, ITZIR C 1020731946 Fec.Nacim 11/04/1986 6346647
Direccion: CALLE 81 # 10 - 32 AP 30-10-749926-1-1 349-SC Antig Categ Tel.Arudie
Municipio: Departamento E-Mail (11001)BOGOTA D. @

Medico Ordena Identificacion Codigo Cuenta Ent
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IG N 860015536 N
Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
FARMASANITAS SAS N 800149695 99999999

Tipo Proced Clase Lugar Ambulatorio Tipo Volante
TERAPEUTICO FA Ambulatorio PRINCIPAL
Guia Formula Entregas

Servicio Descripcion Servicio Depend Unitad
697300049 INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS P 1 GENERICA

OBSERVACIONES
PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION

CTC RECOPRABLE ACTA BOGOTA D.C-111-201212363 DEL 18/12/2012. ACTA
VIGENTE POR 3 MESES. TERCERA ENTREGA. ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE
CENA DR GOMEZ RM 11508 RECLAMA # FARM # CALLE 116 NO 71 B - 04 #
SET DE INFUSION DE INSULINA CAJA 12 UNO #10 # SENSORES DE GLUCOSA
ENLITE*5 RESERVORIOS DE INSULINA 10 INYECTIVOS IV 3000-10

Formulario de datos personales y de contacto:

Fecha	21/03/2013
Nombre	ITZIR ARRIOLA
Apellido	ECHEVERRI
Telefono	6346647
Correo	6346647
Fecha	21/03/2013
Nombre	ITZIR ARRIOLA
Apellido	ECHEVERRI
Telefono	6346647
Correo	6346647

Funcionario Aprobado Oficina Ciudad
Rueda Rodriguez, Leslie JO EPS CLINICENTRO DE DIAG BOGOTA (PRINCIPAL)
Carga Telefono Etiqueta Fecha Impresion
Asesor Integ - 13:15:47

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 24-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNI Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION



DRA NATHALIA SÁNCHEZ M.
RM: 52862085
Medicina interna-Endocrinología

Calle 106 # 56-76 consultorio 201
Edificio Vital Médica
nathas77@hotmail.com
3106785746-6287904

Fecha

24/10/12.

Nombre

Itziar Arriola.

RX:

FORNULA x 6 UES.

① ADHESIVOS IV. 3.000 (bja x 10) ✓

Una caja x UES. = 6 (SEIS)

② Caja de Reservoirs 3UL x 10 UUD.

Una caja x UES = 6 (SEIS)

③ SENSORES ELITE = 30 (TREINTA)

5 x UES.

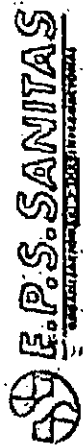
④ Caja de SET DE INFUSION 6MM x 10 UUD. ✓

Una caja x UES. = 6 (SEIS)

DM + USO BOLIBA
DE INSULINA

Nathalia Sánchez M.
Medicina - Endocrinología
RM: 52862085

TUTELAS CALLE 110	
Fecha	21/03/2013
Nombre	H2181 Arriola E.
Cédula	1020731946
Teléfono	6346647



I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recibo: 1320606101818

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101818 - 268340

00000006022752

CC / 27570891 / 14-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 27570891

Primer Apellido: URIBE

Segundo Apellido: DE MOTTA

Primer Nombre: LUCRECIA

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicale(s)	0	0
Soportes Integrales del Recibo	1	1
Totales:	3	3

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recibo Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC 0

(Formato MYT-01)

IV. Detalle del recibo

Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recopagación	Valor Recibo
1	11001-20130116357	16/01/2013	12/01/2013	S	03/2013-03	PAR10000000112852	23/03/2013	08/04/2013	Z486	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	Z2868	BOLSA OREANABLE ACTILIFE CONVATEC	IN	10	\$ 10.900.00	\$ 109.000.00	\$ 0.00	\$ 109.000.00

Total Recobrado: \$ 109.000.00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	BOLSA OREANABLE ACTILIFE CONVATEC	PIEZA	0.33	30	10	\$ 10.900.00	\$ 109.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: BOGOTA

FECHA ACTA: 16/01/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ANGELA SUAREZ	81146	81146
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
12/01/2013	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 78 AÑOS CON DIAGNOSTICO OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA CON ANTECEDENTES DE OBSTRUCCION ABDOMINAL	

Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
BOLSA DE COLOSTOMIA # 57	TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180

CUMS, CUPS: 22868

Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA BOLSA DE COLOSTOMIA PARA RECOLECCION DE DESECHOS PROPIOS DE INTESTINO FACILITAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS MEJORAR CALIDAD DE VIDA DE PACIENTE
-----------------------------------	--

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
URIBE DE MOTTA LUCRECIA	27570891	30-10-1181905-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	Z488
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 78 AÑOS CON DIAGNOSTICO OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA CON ANTECEDENTES DE OBSTRUCCION ABDOMINAL SE SOLICITA BOLSA DE COLOSTOMIA PARA RECOLECCION DE DESECHOS PROPIOS DE INTESTINO FACILITAR ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS MEJORAR CALIDAD DE VIDA DE PACIENTE

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

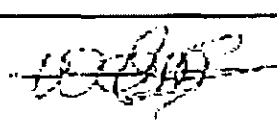
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

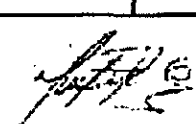
A: APROBADA B: NEGADA

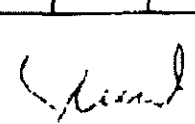
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benaides Palacios
 Representante de Usuarios

500



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fac. DIAN No.31000063645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001122852

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
26	03	2013

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 340 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Referencia: 278560-26032013-25

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

24 06 2013

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 2013

DD MM AAAA

Documento de Identificación

ipo Nit. No. 800251440-6

RECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

L 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCU	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
868	BOLSA DRENABLE UNA PIEZA ACTIVELIFE REF 20922 CONVATEC CAJ X 15 CUM.0-00	PZA	10	\$10.900.00	\$0.00	0	\$0.00	\$109.000.

CANCELADO

FACTURA RECOBRABLE

DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA

N COMPROBANTE DE EGRESO

AUDITORIA MEDICA

ALTO COSTOS

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CUENTAS MEDICAS

09 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

No implica aceptación como título Valor.

REGIONAL BOGOTA

11 ABR 13

37

Contrato : 0300100001191905000102
Suavio : 27570891-LUCRECIA URY DE NOTTE
d. Medico : 3071-PHD CRONICOS
ipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
echa Entrega: 23-MAR-13
utorizacion : 49743167

ESPERANZA JANNETH URREGO
CC: 52270237
Enfermera Auditor Junior
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

TOTAL BRUTO	\$109,000
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$109,000
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$109,000

ION: CIENTO NUEVE MIL PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de

155

1696

Entregas

Fecha Impresión
21/03/2013:16:34



Clínica Colosanitas S.A.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL

FECHA: 08-02-13

NOMBRE: Lucrecia Uribe de Motta.

R / CC 27570831

Bolsa colostomica active wfe
cambiar una bolsa c/3 días
10 días.

DX colostomía por obstrucción
Válido por 6 meses.

CLÍNICA COLSANITAS S.A.
CALLE 125 A No. 21 A B.O. 202
TEL: 70865 - 875106

Dra. Ximena Ma. Castro
Médico General EMJNC
CC 5212825 R.M. 01-684/99

R.M. _____

Clinica Reina Sofia - Carrera 31 No. 125A - 23 - Teléfono: 625 2111 Bogotá, D.C.
Clinica Universitaria Colombia - Calle 22 B No. 66 - 46 - Teléfono: 5948660 5948650 - Bogotá D.C.
Clinica Colsanitas de la Costa - Carrera 50 No. 82 - 168 - Teléfono: 336 0677 - Barranquilla
Clinica Sebastián de Belalcázar - Av. 4 Norte No. 7N - 21 - Teléfono: 660 7001 - Santiago de Cali

V. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelaria(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Médica(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)	0	

Item	No Acta	Fecha Acta Subsanada Médico	Periodo Subsanación (S/N)	Fecha prestación de Servicio	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Documento (CIE)	% Semanales	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Carga Moderadora / Cospago / Recreación	Valor Riesgo
1	111-2012105095	12/10/2012	S	12/2012-03	FAI1000000001122363	22/12/2012	08/04/2013	E108	100.00	800149635-1	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.870.00	\$ 0.00	\$ 1.448.870.00

Total Recobrado: \$ 1 448 670.00

IV a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MÉDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO INSULINA POD ONESTEP	PIEZA	0.33	30	10	\$ 144.967.00	\$ 1.448.670.00	0		0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: BOGOTA

FECHA ACTA: 12/10/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación		Registro Médico		
HOYOS GOMEZ IVONNE		45508122		3321		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
08/10/2012		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 51 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR EPISODIOS DE HIPERGLICEMIAS ACTUALMENTE EN MANEJO CON INSULINA NPH CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DISLIPIDEMIA Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD		TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180
CUMS, CUPS:	82133					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS.					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MIGUEL DARIO GUZMAN	3032948	30-10-536389-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR EPISODIOS DE HIPERGLICEMIAS ACTUALMENTE EN MANEJO CON INSULINA NPH CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DISLIPIDEMIA Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA. SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

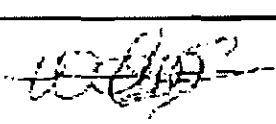
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

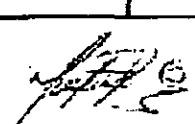
A: APROBADA N: NEGADA

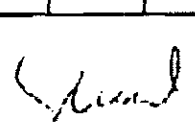
Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEBIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fac DIAN No.310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA /
FAR100000001123563

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD	MM	AAAA
26	03	201

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

Referencia: 278714-26032013-14

ORIGIN/

Sucursal: 126_FARMA_CENTRO_CHIA

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAA

X

24 06 201

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

Tipo Nit. No. 800251440-6

24 06 201

DD MM AA

RECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

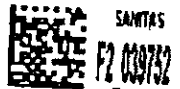
L 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
133	RESERVORIO INSULINA POD OM/POD UND CUM:0-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670

CANCELADO



ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

FACTURA RECUPERABLE
COMPROBANTE DE EGRESO
VERA A AUDITORIA MEDICA

ESPERANZA JANNEH URREGO
CC: 82270237
Enfermera Auditor
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

Observaciones: FECHA DE ENTREGA DEL PRODUCTO 02-DIC-12 FAVOR
IMITIR LA FECHA DE ENTREGA RELACIONADA EN PARTE INFERIOR

Contrato :
Usuario : 3032948-MIGUEL DARIO GUZMAN CHALA
d. Medico :
ipo Aut. : INSUMOS COMITE
echa Entrega: 26/12/2012
utorizacion : 48365464

TOTAL BRUTO	\$1,448,670
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$1,448,670
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1,448,670

ION: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
SEISCIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Martha Saavedra Tiga		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____



VALIDO POR 720 HORAS HASTA 18-JAN-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprueba Oficina Elaboradora BCFE
Beltran Casallas, Francisca E. CLINICENTRO CHIA
CARGO Telefono
ASESOR INTEG - AUX EXP VO
19/12/2012:10:11
Fecha Impresion

FIRMA Y SELLO
Original

EPS SANTAS
SERVICIOS MEDICOS
Oficina Clinicas Chia

Guillermo
263037948
12-25

OBSERVACIONES
PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION
RECIBIBLE ACTA NO BOGOTA-111-2012105005 DEL 12/10/2012 VALIDA 6
MESES: 3RA ENTREGA-ANEXAR FORMULA VICENTE
ORD DRA HOYOS RM 45508122 #CENTRO CHIA# PODS POM PARA BOMBA DE
INSULINA INHALAMBRIKA #10

Servicio		Descripcion Servicio		Denomant Unidad	
696300049		INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS		0	
Medico Usuario		Medico Ordena		Medico Practica	
Nombre Usuario		Identificacion		Identificacion	
GUZMAN CHALA, MIGUEL DARIO		C 3032948		N 900058443	
Direccion		Contrato		Codigo	
CARRERA 1 # 16 A - 17		30-10-536389-1-1 919-SB		2517500377- N	
Municipio		Departamento		Codigo	
(25175)CHIA		E-Mail		Telefono	
Tipo Proced		Lugar		Puerta Ent	
TERAPEUTICO		AMBULATORIO		99999999	
Gula		Entregas		Tipo Volante	
NO APLICA		Formula		PRINCIPAL	

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Fecha: 19/12/2012:10:10
Formula med: 000018301845

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

FECHA: Oct. 10/12

NOMBRE: Miguel D. Guzmán Ch.

① Bomba de Insulina
Pds PDM Insulinodica
Caja x 10 \$ 1 por mes
Cambiar c/ 3 días

Formula x 6 meses

Medika I.P.S.
Dra. Ivonne Hoyos Gómez
R.M. No. 13332172000 N.L. 900.058.443
Av. Pradilla No. 6 - 59 Este Chía
Tel. 862 1220

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

[Signature]

Miguel Guzmán
C.C. 3032943
T4 8708971

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. y registro profesional)

2000100821336 - ①

22-12-20

146 **508**

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	23/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 70547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
GRANADOS OVALLE CAROLINA	52703444	18170/2008
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
19/12/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACION	

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluye en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180
CUMS, CUPS:	74501				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA PARA DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE, CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ARBELAEZ LAVERDE CATALINA	52451684	30-10-489029-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACION SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA PARA DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE, CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS Y MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

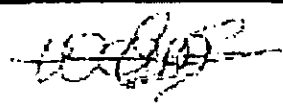
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

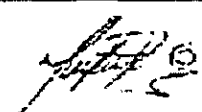
A: APROBADA N: NEGADA

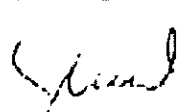
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DE EMIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



1. N° Acta: 11001-20130123235

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	23/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
GRANADOS OVALLE CAROLINA		52703444	18170/2008		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
19/12/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACION				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES PARA BOMBA DE INSULINA.	TRATAMIENTO	N/A	0,17	30	180
CUMS, CUPS:	103240				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA BOMBA DE INSULINA. POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ARBELAEZ LAVERDE CATALINA	52451684	30-10-489028-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACION SE SOLICITA SENSORES PARA BOMBA DE INSULINA. POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:		A
A: APROBADA N: NEGADA		
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.	

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

466
496

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	23/01/2013

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

2. Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:		
Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de identificación	Registro Médico
GRANADOS OVALLE CAROLINA	52703444	18170/2008
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO
		CTC AMBULATORIO
18/12/2012		
Resumen de la Historia Clínica		
PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACIÓN		

Identificación del procedimiento/insuño solicitado en el POS:					
Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION 6 ML X 23		N/A	0.33	60	180
CUMS, CUPS: 74502					
Justificación Medicamento No POS:					
SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA					

3. Datos de identificación del Usuario:		
Nombre y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
ABELLAZ LAVERDE CATALINA	52451684	30-10-489029-1-1

Diagnóstico	
Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	
EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 34 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADO A DIABETES MELLITUS PRESENTA EPISODIO DE DESORIENTACIÓN SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE	

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

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	
A	
A: APROBADA N: NEGADA	
Justificación Técnica y normativa	
SE PUEDE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCUMENTOS DE FUNDAMENTO PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU AMOPACCIÓN CON EL FIN DE INICIAR O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.	

7. Equivalente Terapéutico:					
Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 9B 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001121122

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
26	03	2011

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

Referencia: 278392-26032013-18

ORIGINAL

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

EÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAA

X

24 06 2011

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

24 06 2011

DD MM AAA

Documento de identificación

po Nit. No. 800251440-6

RECCION / SUCURSAL

. 100 118 67 ,

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	IVA	IVA ES	VALOR TOTAL
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW 508 X 1 CUM 0-00	SIN	10	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$53,330.
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3 OAL CUM 0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.
32	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM 0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.
502	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-398 CAJ X 10 QUICK 6X43 CUM 0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.

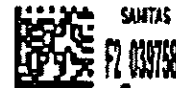
CANCELADO

 ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 DE Calle 32

09 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

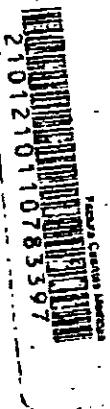
No implica aceptación como Título Valor



REGIONAL BOGOTA

11 ABR 13

37


 ESPERANZA JANNETH URREGO
 CC: 52270237
 Enfermera Auditor Junior

 ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
 Auditor Junior

 Contrato : 03001000004890290000
 Usuario : 52451684-CATALINA ARBELAEZ LAVERDE
 J. Medico : 900243752-CENTRO NACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO
 Lpo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega: 22-MAR-13
 Autorización : 49742921

TOTAL BRUTO	\$3,088,330.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,088,330
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,117,130

 MON: TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO TREINTA
 ESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
		Nombre: _____
Firma: _____		No. documento de identidad: _____
Nombre: _____		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 24 MAR-13
PARA RECIBIR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNÉ Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario: Hernández
 CASTILLO, CARDENAS, LILIANA
 Oficina: Asesoría
 Ciudad: Bogotá (PRINCIPAL)
 Fecha: 21/03/2013 16:26
 ASesor INTeg - AUX EXP UN

FILM & SOUND
 ORIGINAL

9 F.B.I. SANTA

Handwritten: 05/09/2010

TO RECORDABLE ACTA NO. BOGOTÁ 11001-2013013325 DEL 23/01/2013
 NTE POR 6 MESES. ENTREGA 375. ANEXAR FÓRMULA MEDICA VICENTE
 ROENA DR. CUELLAR RM. 8009335 # CALLE 115 # RESERVARIO DE 3 M.
 SET DE INYECCION DE GMM #10 # SENSORES ENLITE #10 # ACHISIVOS IV 3000

RESERVAZIONE CARNE E DOC. DE IDENTIFICAZIONE

Service	Description Service	Donant Unidad
97300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P 1 AMERICA

[illegible]

01670d: 4974751 1250786 : ephs
Fomula: 0001079120

NOTES ON THE SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

10/14/19

Catalina Arbelaz La Vache 52431684.
19/Dic/2012.

1. Reservorio de 3 ml Pq N° 6.
2. Set de infusión 6mm N° 6.
3. Serosa enite para neclia glucosa capi N° 6.
4. Adhesivos IV 2000 60 Unidades

Formular x 6 meses

Id 49371234

Dr. Ana María A. Cuellar
C.C. Endocrinología
y Metabolismo
S.A. CENDEM S.A.

Centro Nacional de Endocrinología y Metabolismo S.A. CENDEM S.A. • Carrera 16.A N° 77-33 El Lago • Bogotá D.C.
PBX: 742 5088 • Fax: 236 3803 • cendemsadmon@gmail.com

JAMES ORTIZ A.
C.C. 80029260
22-03-13
Id 6128110

IT
/ - / - H
James Ortiz A
80629260 IT

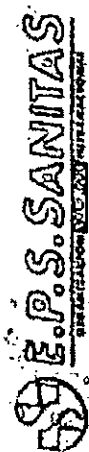
Agradecemos su colaboración

C. James Ortiz A, Con C.C. Ecuador de Bogotá
autorizado por la Sra. Gaitana Arceles Paez
de las indicaciones Medicamentos Segun Orden

Autuacion

Declaro
completar
la
unidad

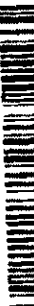
Boletín de Bogotá 22-Marzo/2017



I1. Datos de Recobro	
No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:	13206061009
No Consecutivo recobro:	1320606101833
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

I1. Datos de la Entidad	
Código SNS:	EPS005
Razon Social:	EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101833 - 268340



000000095022757

TI / 66101108892 / M-08-13

III. Datos del afiliado			
Tipo de documento:	T1	Numero de documento de identidad:	95101105882
Primer Apellido:	HERRERA	Segundo Apellido:	RODRIGUEZ
Tipo de afiliación:	B	Primer Nombre:	GABRIEL
		Segundo Nombre:	ESTEBAN
		Nivel de cualificación:	E

IV. Detalle del recibo																			
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo ica a (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha Reducción de Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipología Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuentas Moderadoras / Copago / Recuperación	Valor Recambio
1	111-2012111076	28/11/2012	20/11/2012	S	03/2013-04	FAR100000000 1133997	27/03/2013	E109	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	82829	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA REF MM1 389 CAJA X 10QUICK BX23	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00
2	111-2012111076	28/11/2012	20/11/2012	S	03/2013-04	FAR100000000 1133997	27/03/2013	E109	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	103240	SENORES MEDIR GLUCOSA REF MM17008A CAJ X 5	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	111-2012111076	28/11/2012	20/11/2012	S	03/2013-04	FAR100000000 1133997	27/03/2013	E109	100.00	800149695-1	FARMASANITAS SAS	74591	RESERVorios BOMBA INSULINA REF MM1 332A CAJ X10 PAPADIGMA 3.0ML	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00

Total Recobrado:

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT 399 CAJA X 100UICK 6X23	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47,000.00	\$ 470,000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJA X 5	PIEZA	0.18	30	5	\$ 477,000.00	\$ 2,385,000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	RESERVORIOS BOMBA INSULINA REF MMT 332A CAJA X 24 PASADUCHA 3, 048	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18,000.00	\$ 180,000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

1465
~~499~~

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	28/11/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DURAN VENTURA PAOLA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
20/11/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPOGLICEMIA SEVERA CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACION.	

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION 6 MM	TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180
CUMS, CUPS:	82629				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 MM PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GABRIEL ESTEBAN HERRERA	95101105882 /	30-10-130660-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION PRESENTA CUADRO CLINICO DE HIPOGLICEMIA SEVERA CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACION. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 MM PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

	Cumplimiento
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones exóneas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva	SI
Art 6 Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFEIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benaides Palacios
Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	28/11/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DURAN VENTURA PAOLA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
20/11/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 18 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN.	

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE	TRATAMIENTO	N/A	0,16	29	180
CUMS, CUPS:	103240				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES ENLITE PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GABRIEL ESTEBAN HERRERA	95101105882	30-10-130680-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN. SE SOLICITA SENSORES ENLITE PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DE ENFERMERIA O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

466
306

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	28/11/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:		
Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de identificación	Registro Médico
DURÁN VENTURA PAOLA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
20/11/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN.	
Identificación del procedimiento/insumum solicitado no incluido en el POS:		

RESERVORIOS 3 ML	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIOS 3 ML	N/A	0.33	60	180	
CUMS, CUPS:	74501	SE SOLICITA RESERVORIOS 3 ML PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.			
Justificación	Medicamento No POS:				
3. Datos de identificación del Usuario:					

Nombres y Apellidos		Documento de identificación	Control
MARIEL ESTEBAN HERRERA RODRIGUEZ		95101105082	30-10-130660-1-2

Diagnóstico	
Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	
EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON CON CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS QUE HA REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN, SE SOLICITA RESERVORIOS 3 ML PARA OPTIMO CONTROL CON DM TIPO 1, PARA PREVENIR SUS NEFASTAS COMPLICACIONES CORTO Y LARGO PLAZO.	

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

Justificación Técnica y normativa		A. APROBADA		N. NEGADA	
DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCUMENTOS DE CONTROL PARA SU AMPLIACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU AMPLIACIÓN.		Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:		A	
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

1. Nº Acta: 111-2012111076 /					
------------------------------	--	--	--	--	--



FARMASANITAS

FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 89 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11844 23-Dic.-2004

Res. Fact DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001133997

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
02	04	2013

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

Referencia: 279969-02042013-25

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito

Contado

DD MM AAAA

X

01 07 2013

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

po Nit. No. 800251440-6

01 07 2013

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

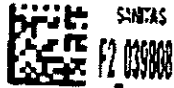
TELEFONO

100 11B 67

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	DOM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
193	APPOSITO OPSITE IV 3000 7 X 9 CM REF 4006 SMITH & NEPHEW CAJ X 100 CUM:0-00	SOB	10	\$2.400.00	\$0.00	0	\$0.00	\$24.000.
101	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18.000.00	\$0.00	16	\$28.800.00	\$180.000.
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7000A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477.000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2.385.000.
32	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-332 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM:0-00	PZA	10	\$47.000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470.000.

SANITAS
PZ 0039000AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
E.P.R. & FILIASFACTURA
RECUPERABLEDEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESOORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
Cuentas Medicas
DE Calle 32
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

CANCELADO



Contrato : 0300100000130660000102
 Usuario : 95101105882-GABRIEL ESTEBAN HERRERA RODRIGUEZ
 Médico : 800149384-CLINICA COLSANITAS S.A.
 Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega : 27-MAR-13
 Autorización : 49801746

ESPERANZA JANNETH URREGO
 CC: 52270237
 Enfermera Auditor Junior
 ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

TOTAL BRUTO	\$3,059,000.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,059,000
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,087,800

MON: TRES MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS
 MON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Rayd Moron Montes		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

501
263

PARA RECUPERAR EL MEDICAMENTO DEBES PRESENTAR LA ENTREGA ANEXAR
CARNÉ Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
VALIDO POR 72 HORAS HASTA 30-MAR-13

Funcionario Aprueba: CORREA_JIMENEZ,HELIA
Carga: ASESOR INTEG - AUX EXP VOL
Oficina: OFICINA REGIONAL BOGOTA
Ciudad: BOGOTA (PRINCIPAL)
Fecha impresion: 27/03/2013:10:07
Elabora: CJH

Original

Volante Normal

SEMPRENTAS
CALLE 95

SERVICIOS MEDICOS
OFICINA CALLE 95

Nombre: JIMENA RODRIGUEZ
Cédula: 79369310
Fecha: 27-03-13

TEL: 2059155

SEMPRENTAS
CALLE 95

ORDEN DRA. VENTURA RM 52047001 #CALLE 95 # RESERVORIO 3 ML CAYA 1 # SET DE INYECCION DE 6 MM CAYA 1 #
SENSORES ELITE PARA MEDIR GLUCOSA CAYA 1 # ADEHESIVOS IV 3000 10 UNIDADES

RECUPERABLE ACTA BOGOTA D.C-111-2012111076 DEL 28/11/2012 ACTA VIGENTE POR 6 MESES CUARTA ENTREGA ANEXAR
ORDEN MEDICA VIGENTE
ORDEN DRA. VENTURA RM 52047001 #CALLE 95 # RESERVORIO 3 ML CAYA 1 # SET DE INYECCION DE 6 MM CAYA 1 #
SENSORES ELITE PARA MEDIR GLUCOSA CAYA 1 # ADEHESIVOS IV 3000 10 UNIDADES

PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

OBSERVACIONES

Servicio		Descripcion Servicio		Denom Cant		Unidad	
697300049		INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS		P		1	
GENERICA							
Tipo Proced		Clase		Lugar		Tipo Volante	
TERAPEUTICO		FA		AMBULATORIO		PRINCIPAL	
NO APLICA		Formula		Entregas			
Nombre Usuario		Identificacion		Fec.Nacim		Tel.Residencia	
HERRERA RODRIGUEZ GABRIEL ESTEBAN		T 95101105882		11/10/1995		6331189	
Direccion		Contrato		Antig		Tel.Acudiente	
CALLE 152 # 53 A - 20 AP		30-10-130660-1-2		1463-S			
Municipio		Departamento		E-Mail			
(11001)BOGOTA		(11001)BOGOTA D.C.		@			
Medico Ordena		Identificacion		Codigo		Puerta Ent.	
CLINICA COLSANITAS S.A.		N 800149384				N	
Medico Practica		Identificacion		Codigo		Telefono	
FARMASANTAS SAS		N 800149695				89999999	

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Página No. 1 de 1

Fecha: 27/03/2013:10:07
Formula med: S10000019947755

Solicitud: 49801746

Depende:

Secuencia:

Compañia: EPS SANTAS

Plan: (10) INTEGRAL

Nit: 8002514406
Telefono: 018000919100

Codigo:

Num_Vol: EPS005

6770263



DR. MAURICIO COLL
CENTRO DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE S.A.S
Calle 97 No 10 39 Consultorio 207
Tel. 634 7282-256 5751
cen.pa@hotmail.com

GABRIEL ESTEBAN HERRERA RODRIGUEZ TI 95101105882

FORMULA MÉDICA.

Miercoles 17 de octubre de 2012

RESERVORIOS DE 3ML CAJA No 1 X MES

SET DE INFUSIÓN DE 6MM CAJA No 1 X MES

SENSORES ELITE PARA MEDIR GLUCOSA CAJA No 1 X MES

ADHESIVOS IV 3000 10 UNIDADES X MES

VÁLIDO POR 6 MESES

Diagnóstico: DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION

Dr. Paola Durán Ventura
Endocrinología
P. S. 1001
R.N. 22947981

DRA. PAOLA DURAN VENTURA



I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recibo: 1320606101834

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

C/E: 1320606101834 - 268340

CC/31206888 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Numero de documento de identidad: 31206888

Primer Nombre: MARGARITA

Segundo Nombre:

Primer Apellido: MEJIA

Segundo Apellido:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: A

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	Periodo (SAN)	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NTT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recupero	Valor Recibo
1	761-2012061455	29/06/2012	22/06/2012	02/2013-08	S	15/02/2013	09/04/2013	E149	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	74501	RESERVORIOS BOMBA INSULINA PARADIGMA	IN	10	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	\$ 23.800,00	\$ 156.200,00
2	761-2012061455	29/06/2012	22/06/2012	02/2013-08	S	15/02/2013	09/04/2013	E149	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	103240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	\$ 0,00	\$ 2.385.000,00
3	761-2012061455	29/06/2012	22/06/2012	02/2013-08	S	15/02/2013	09/04/2013	E149	100.00	800148695-1	FARMASANITAS SAS	74502	SET DE INFUSION INSULINA QUICK	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

Total Recobrado: \$ 3.011.100,00

IV. a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS															SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
MEDICAMENTO O SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS																													
Item	Nombre	Prestación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Cantidad	Frecuencia Uso	Valor Unitario	Valor Total	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total														
1	RESERVORIOS BOMBA INSULINA PARADIGMA	PIEZA	0.33	30	\$ 18.000,00	\$ 180.000,00	0	0	0	0.00		\$ 0,00	0	\$ 0,00	\$ 0,00														
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0	8.00		\$ 0,00	0	\$ 0,00	\$ 0,00														
3	SET DE INFUSION INSULINA QUICK	PIEZA	0.33	30	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0	0.00		\$ 0,00	0	\$ 0,00	\$ 0,00														

CIUDAD:	CALI
---------	------

FECHA ACTA:	29/06/2012
-------------	------------

Asistentes:

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PERA CC: 80472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
KAREN FERIZ		55174163	274/98		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
22/06/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica:	"PACIENTE DE 83 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLINICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO."				
Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIOS BOMBA INSULINA	TRATAMIENTO	N/A	D.33	120	360
CUMS, CUPS:	74501				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIOS 3 ML PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MARGARITA ARANGO MEJIA	31206888	30-10-37569-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	E149
Análisis del Caso:	"EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLINICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO. SE SOLICITA RESERVORIOS 3 ML PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES."

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
A: APROBADA N: NEGADA	

Justificación Técnica y normativa	DE SPUE 3 DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, OJIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron P
 Dr. Wilson Baron Peña
 Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo
 Dra. Margarita Maria Giraldo
 Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
 Sra. Amparo Castro Pinzon
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	CALI
---------	------

FECHA ACTA:	29/06/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 60472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
KAREN FERIZ		55174163	274/98		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
22/06/2012		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	*PACIENTE DE 63 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, SE EVIDENCIÓ EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLÍNICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO.*				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES ENLITE	TRATAMIENTO	N/A	0,17	60	360
CUMS, CUPS:	103240				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES ENLITE PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES.				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MARGARITA ARANGO MEJIA	31206888	30-10-37569-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E149
Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, SE EVIDENCIÓ EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLÍNICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO. SE SOLICITA SENSORES ENLITE PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES."	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS OFICIALES O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

470
384
170

Ciudad:	CALI
FECHA ACTA:	29/06/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PERA CC: 80472916	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de identificación	Registro Médico
KAREN FERIZ	55174163	27/4/88
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
22/06/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	Identificación del procedimiento/insummo solicitado no incluido en el POS:
*PACIENTE DE 63 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN. SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGUCEMIAS DESPENTAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLÍNICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO.	

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION INSULINA	TRATAMIENTO	N/A	0,3305	118	360

CUMS, CUPS:	74502
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION INSULINA PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES.

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
GARITA ARANGO MEJIA	31206888	30-10-37569-1-1

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E149

Análisis del Caso:	Procedimiento para la Patología de Base Evitando Complicaciones Mayores.
EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADAS AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN. SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGUCEMIAS DESPENTAS EN TTO CON INSULINA NPH SIN NINGUNA RESPUESTA CLÍNICA, POR LO QUE REQUIERE INSUMOS PARA SU MANEJO. SE SOLICITA SET DE INFUSION INSULINA PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE EVITANDO COMPLICACIONES MAYORES.	

6. Verificación de los Criterios de Autorización:	
Cumplimiento	SI
Art 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o AAS, no se tendrán como válidas transcripciones de profesionales de prescripciones que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
Art 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Inmiza en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
Art 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sin obtener respuesta clínica y/o parámetros satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
Art 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Art 6 e) En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 16 de la Ley 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroguen.	SI

6. Decisión:	
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A

A: APROBADA	N: NEGADA
Justificación Técnica y normativa	El medicamento solicitado cumple con los criterios para su aprobación con el fin de iniciar y/o continuar con el manejo de la Patología.

7. Equivalencia Terapéutica:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--

N/A					
-----	--	--	--	--	--



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.685-1

CL 89 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No. 31000053045 de 20/MAYO/2011 del FAR 1-1 al FAR 1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001134553

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
03	04	2011

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

Referencia: 280161-03042013-32

ORIGIN/

Sucursal: 120_FARMA_TUTELAS_CALI

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito

Contado

DD MM AAA

X

02 07 2011

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No. 800251440-6

02 07 2011

DD MM AAA

RECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

- 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCU	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
342	APOSITO OPSITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM:0-00	SIN	10	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$53,330.
501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.
50	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-308 CAJ X 10 QUICK 6X43 CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.

CANCELADO

 ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 OF. Calle 32
 09 ABR 2013

 REGIONAL BOGOTA
 11 ABR '13

 FACTURAS
 RECIBIBLE
 EVOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON COMPROBANTE DE EGRESO

 Contrato : 0300100000037569000101
 Usuario : 31206888-MARGARITA
 Medico : 890324177-FUNDACION VALLE DE LILI
 Lpo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega : 15-FEB-13
 Autorizacion : 49157533

 ESPERANZA JANNETH URREGO
 CC: 52270237
 Enfermera Auditor Junior

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

TOTAL BRUTO	\$3,088,330.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,088,330
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,117,130

 MON: TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO TREINTA
 ESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Jenaro Vanegas Cortes		Firma:
Firma:		Nombre:
Nombre:		No. documento de identidad:
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

 527
 11

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

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CARGO: DIRECTOR - A
HANS
13/02/2013:12:59
OFICINA CIUDAD JARDIN CALI (PRINCIPAL)
Elabora
Fecha impresion
Funcionario Aprobado
BARRON_PENA, WILSON
Oficina
Ciudad

280161

FIRMA Y SELLO
Original

EPS SANTAS
SERVICIOS MEDICOS

OBSERVACIONES
TC ACTA CALI-761-2012061455 DEL 29/06/2012 SE AUTORIZA POR 12
ESSES ***BVA ENTREGA** LOS INSUMOS. RESERVORIOS 10#SET DE
NFUSION*10#SENSOR*3 ENT LITE*20#ENT LITE SERIE*30
DHESIVOS IV 3000 CANTIDAD 10# DOR DRA KAREN FERIZ MEDICINA INTERNA
* PAGA VALE.

compañia:EPS SANTAS		Nit:8002514406		Codigo:EPS005		Telefono:018000919100		Num_Vol: 195981	
lan:(10) INTEGRAL									
Nombre Usuario		Identificacion		Fec.Nacim		Tel.Resid		Antig Categ	
RANGO_MERIA,MARGARITA		C 31206888		29/03/1949		5511176		Tel.Acudie	
direccion		Contrato		880-SA					
ARRERA 61 A # 1 D - 33 SUR		30-10-37563-1-1		E-mail		@			
unicipio		Departamento							
76001)CALI									
edico Ordena		Identificacion		Codigo		Puerta Ent		N	
UNDACION VALLE DE LILI		N 890324177							
edico Practica		Identificacion		Codigo		Telefono		9393999	
ARMASANTAS SAS		N 800149695							
ipo Proced		Clase		Lugar		Tipo Volante			
ERAPEUTICO		FA		AMBULATORIO		PRINCIPAL			
uia		Formula		Entregas					
0 APLICA									
servicio		Descripcion Servicio		Denoant		Unidad			
96300056		INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANTAS		P		1			

Formula med:000019197432-1

ojectud: 49157533

Fecha: 13/02/2013:12:57

Av. Simón Bolívar Cra. 90 No. 18-49
 Pbx: 331 90 90 / Fax: 331 74 99
 www.valledellili.org
 Cali, Colombia

- na: 107.14.12
- nbre: monoprint 4015
1. Set de intaxon intow (C/D) # 1/mes
12/000
2. Repetidores intow (C/D) # 1/mes
12/000
3. Sensor enlite (C/D) # 1/mes
12/000
4. Adheros 10300 # 10/mes
120/000
5. Quick senter #1 pens
6. enlite senter #1
7. Corelink USB # 1/ok

Financiera
 14x33315
 Feb 15/2013

FUNDACIÓN
 VALLE DEL LILI
 Karen Bonelo
 Médico Endocrinología

Coli Fea. 15/2013

Sres
EPS
d.c.

Entregado a un esposo

Alfonso Robayo M 0014433305
se lea: recoger los instrumentos

re la bodega de Jueves
recogidos por la Dra. Kenna

Ente

Exceles

María Elena Arango

M. L. Arango

cc 31206008 Cui



MYT-01

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante:
13206061009

No Consecutivo recobro:
1320606101839

Tipo Radicación:
1

Numero Radicación anterior MYT01:
0

II. Datos de la Entidad

Código SNS:
EPS005

Razon Social:
EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101839 - 286340

CC / 22581107 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento:
CC

Numero de documento de identidad:
22581107

Primer Apellido:
ZABARAIN

Segundo Apellido:
DE LA ESPRIELLA

Tipo de afiliación:
C

Nivel de cuota moderadora:
E

Primer Nombre:
MARTHA

Segundo Nombre:
PATRICIA

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO

No. Doc:

No. Folios:

Copia(s) del Acta(s) del CTC

1

1

Factura(s) del Proveedor(los) Cancelada(s)

1

1

Orden(es) o Formula(s) Médica(s)

0

0

Soportes Integrales del Recobro

1

1

Totales:

3

3

Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)

0

IV. Detalle del recobro										Valor Cuota Moderadora / Copago / Recaudación	Valor Total	Valor Recobro						
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	MIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Recobro
1	11001-20130310187	18/03/2013	12/03/2013	S	03/2013-01	FAR1000000001126714	28/03/2013	09/04/2013	100.00	800148685-1	FARMASANTAS SAS	82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	12	\$ 144.867.00	\$ 1.738.404.00	\$ 1.738.404.00

Total Recobrado: \$ 1.738.404.00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS						
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS										Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Recobro
1	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA				0.40	30	12	100.00	0	0.00	0	0	\$ 144.867.00	\$ 1.738.404.00	\$ 0.00

Festunho

162

531

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/03/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico			
WILLIAM ROJAS GARCIA		19436051	19436051			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO				
12/03/2013		CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 40 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS EN TTO CON ANTIDIABETICOS ORALES CON POCA RESPUESTA POR LO QUE SE INICIO MANEJO CON INSULINA.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA		TRATAMIENTO	N/A	0,4000	36	90
CUMS, CUPS:	82133					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA DISPOSITIVO QUE PERMITE INFUNDIR INSULINA DE FORMA CONSTANTE. SU TAMAÑO ES SIMILAR A UN MÓVIL DETERMINAR LA CANTIDAD EXACTA DE INSULINA QUE SE QUIERE ADMINISTRAR					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ZABARAIN DE LA ESPRIELLA MARTHA PATRICIA	22581107 /	30-10-245964-1-2

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 40 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, SE EVIDENCIÓ EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS EN TTO CON ANTIDIABETICOS ORALES CON POCA RESPUESTA POR LO QUE SE INICIO MANEJO CON INSULINA. SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA DISPOSITIVO QUE PERMITE INFUNDIR INSULINA DE FORMA CONSTANTE. SU TAMAÑO ES SIMILAR A UN MÓVIL DETERMINAR LA CANTIDAD EXACTA DE INSULINA QUE SE QUIERE ADMINISTRAR

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFRIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic.-2004

Res. Fat. DIAN No.310000053845 de 20MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001126714

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

27 03 2013

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

Referencia: 279047-27032013-14

ORIGINA

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

25 06 2013

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

30 Nit. No. 800251440-6

25 06 2013

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

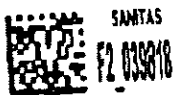
TELEFONO

100 11B 67

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD UND CUM:0.00	PZA	12	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,738,404.



CANCELADO

FACTURA RECOBRABLE
VOLVER A AUDITORIA MEDICA
COMPROBANTE DE EGRESO
AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
E.F.S. C. M. J. S.
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
JANNETH URREGO
CC: 622702375
Enfermera Auditor Junior
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
09 ABR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
REGIONAL
No impide

 Contrato : 0300100000245964000102
 Usuario : 22581107-MARTHA PATRICIA ZABARAIN DE LA ESPRIELLA,
 Medico : 800149384-CLINICA COLSANITAS S.A.
 po Aut. : INSUMOS COMITÉ
 cha Entrega: 26-MAR-13
 Corización : 49787320

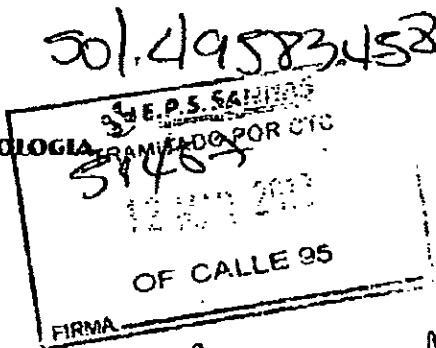
TOTAL BRUTO	\$1,738,404.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$1,738,404
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1,738,404.

 ON: UN MILLON-SETECIEN TDS TREINTA Y DCHO MIL
 UATROCIENTOS CUATRO PESOS CON 00/100 MONEDA
 ORRIENTE*****

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

Revisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Sandra Sanchez Giraldo		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Nombre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

WILLIAM ROJAS G.

CLINICA INTERNA - ENDOCRINOLOGIA
DEMOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

NOMBRE

Nathia P. Zabaraín

IDENTIFICACION

22581107

EDAD

40

FECHA

Marzo 11/11

1. Reservorio de Insulina
para bomba Omnipod $\neq$ 36

Utilizar 1 reservorio cada
3 días. (Se formulan 2 reservorios
de reserva al mes por las fallas
del equipo).

Formular para
3 meses

FARMACIA SANITAS

CALLE 95

Fecha:

Marzo 26/11

Nombre:

Marm Zuleta

Cédula:

22581107

Consultorio: Cra. 21A No. 124 - 55 • Cons. 509 Telefax: 615 3211-612 0213



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061009

No Consecutivo recobro: 1320606102091

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

CIE: 1320606102091 - 268340

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CC / 20316118 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Numero de documento de identidad: 20316118

Primer Nombre: INOCENCIA

Segundo Nombre:

Primer Apellido: DEMARTINEZ

Segundo Apellido:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: B

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 20316118

Primer Nombre: INOCENCIA

Segundo Nombre:

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Inicio Suministro (SIN)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Origen Medicamento (CIE)	% Semanas	NTI Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Valor Global Moderadora / Copago / Recuperalización	Valor Total	Valor Unitario	Cantidad	Valor Recobro
1	11081-20130205046	05/02/2013	29/01/2013	N	03/2013-01	FAR100000001153381	22/03/2013	17/04/2013	M089	100.00	800149805-1	FARMASANTAS SAS	97027	FERULA MANO POSICION FUNCION REF OM5004	IN	\$ 9.100.00	\$ 148.499.00	\$ 148.499.00	1	\$ 139.399.00

Total Recobrado: \$ 139.399.00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS															SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS															SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS														
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total															
1	FERULA MANO POSICION FUNCION REF OM5004	PIEZA	1.00	1	1	\$ 148.499.00	\$ 148.499.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00															

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	05/02/2013
---------	--------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ORERO JHON	79648166	79648166
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
3/01/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA QUIEN PRESENTA DEFORMIDAD ASOCIADA EN MUÑECA Y DEDO POR LO QUE SE INDICA EL USO DE ORTESIS EN POSICIÓN FUNCIONAL DE MUÑECA Y DEDOS PARA MEJORAR EL POSICIONAMIENTO EN REPOSO Y EVITAR LA PROGRESIÓN DE LA DEFORMIDAD

Identificación del procedimiento/insumum solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
ORTESIS EN POSICIÓN FUNCIONAL DE MUÑECA Y DEDOS	REHABILITACIÓN	N/A	0,0055	1	180

JMS, CUPS:	97027
Justificación Medicamento No POS:	DESDE LOS AÑOS DECADAS, SE HAN IDO DISEÑANDO Y UTILIZANDO DIFERENTES APARATOS ORTÉSICOS CON LA INTENCIÓN DE MEJORAR EL EQUILIBRIO NORMALIZAR LOS PATRONES DE MOVIMIENTO DE LOS INDIVIDUOS YA SEA POR PATOLOGÍAS FLACIDAS O ESPÁSTICAS. EN LA ACTUALIDAD, LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN ORTOPÉDICA SON INTENTAR PREVENIR LA DEFORMIDAD, CONSEGUIR UNA BASE ESTABLE, MEJORAR LA EFICIENCIA DINÁMICA DE LA MARCHA

Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MARTÍNEZ DE MARTÍNEZ INOCENCIA	20316118	0

Diagnóstico	Descripción:	Código
ARTROSIS REUMATOIDE NO ESPECIFICADA		M069

Resumen del Caso: PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE. QUIEN PRESENTA DEFORMIDAD EN MUÑECA Y DEDOS. POR LO QUE TIENE INDICACIÓN DE USO DE ORTESIS EN POSICIÓN FUNCIONAL DE MUÑECA Y DEDOS

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

Decisión:

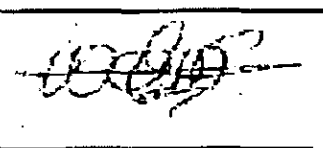
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

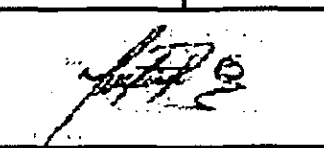
A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.148.695-1

CL 89 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 6231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001153381

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

15 04 201

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART. 730 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Referencia: 283458-15042013-21

ORIGIN

Sucursal: 112_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_BOGOTA

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AAA

14 07 201

Documento de Identificación

No Nit. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

14 07 201

DD MM AA

SECCION / SUCURSAL

100 11B 67

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
27	FERULA MANO POSICION FUNCION REF OMS004 UND	PZA	1	\$148,499.00	\$0.00	0	\$0.00	\$148,499

CANCELADO

FACTURA RECUPERABLE

VOLVER A AUDITORIA MEDICA EN COMPROBANTE DE EGRESO

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

CUENTAS MEDICAS DE C.I. 32

17 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

No implica aceptación como tal Valor

ESPERANZA JANNETH URREGO

CC: 52270297

Enfermera Auditor Junior

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

SANTAS

PZ 037761

2101210110559285

Contrato :
Usuario : 20316118-INOCENCIA ORTIZ
Medico :
po Aut. :
cha Entrega: 22/03/13
torizacion :

TOTAL BRUTO

\$148,499

DESCUENTOS

\$0

SUBTOTAL

\$148,499

IVA TOTAL

\$0

TOTAL A PAGAR

\$148,499

ON: CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y
UEVE PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Revisor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Elaborado por: Yelbi Trujillo Lamilla

Firma: _____

Nombre: _____

Firma:

No. documento de identidad: _____

Nombre:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

511
LIT 7

ORIGINAL

LABORATORIO DE ORTESIS Y PROTESIS GILETE Y CIA LTDA		C.C. / NIT
FECHA Y SELLO DEL VENDEDOR:		FECHA DE RECIBIDO :
Esta factura de venta para todos los efectos se asienta a una letra de cambio, de acuerdo a lo expresado en el Art. 779 del código de comercio. La firma de la presente factura por el comprador constituye la aceptación de los términos de la misma. Para efectos de garantía es necesario presentar esta factura junto con el artículo. La garantía no cubre daños causados por golpes, maltrato físico, malos volajes o desconexión por parte de el usuario. Tampoco se hace efectiva la garantía si se ha roto o lesionado los sellos de seguridad.		
NO SOMOS RETENEDORES DE IVA NI DE ICA - CODIGO DE ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y COMERCIO - ICA - 2011 - TARIFA 11.04 x 10%		
Resolución DIAM No. 320081002834 de fecha 03/04/2013, numeración autorizada del No. 15901 de 2009, Impreso por computador		
SUB - TOTAL		135.000
DESCUENTOS		0
IVA		0
ICA		0,00
RTE FUENTE		0,00
TOTAL VENTA		135.000

SEGUN COTIZACION ADJUNTO

CIUDAD: BOGOTA

AUTORIZACION No 49723521

CC No 20.316.118

INOCENCIA ORTIZ DE MARTINEZ

PACIENTE:

PARA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.

ELABORADO EN POLIPROPILENO SOBRE MEDIDAS

97027	OMS/FERULA DE MANO EN POSICION FUNCIONAL	1,00	135.000,00	135.000,00
REFERENCIAL	ARTICULOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

Vendedor : VARGAS SALCEDO ROSA ANAIME

Forma de Pago : CREDITO 60 DIAS

Dirección : CALLE 100 N 11 B - 67

Vit : 800149895-1

Nombre : FARMASANTAS S.A.S.

Nro. 00010137

FACTURA DE VENTA



LABORATORIO DE ORTESIS Y PROTESIS GILETE Y CIA LTDA

NIT 800.085.883 - 3
Cra. 26 A No. 39 - 36
Telefono 3377075 - Fax 2445712
gerencia@laboratorio-gilite.com



AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 /

Solicitud: 49723521

Fecha: 20/03/2013:18:03

Depende:

Formula med:000019857611

Secuencia:

CTC RECOBRABLE DEL 5/2/2013 .ACTA # 11001-2013020

Compañia:EPS SANITAS

Nit:8002514406

Codigo:EPS005

Plan:(10) INTEGRAL

Telefono:018000919100

Num_Vol: 6737999

Nombre Usuario	Identificacion	Fec.Nacim	Tel.Resid
ORTIZ_DEMARTINEZ, INOCENCIA	C 20316118	22/03/1943	4052968
Direccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
CARRERA 68 C # 22 B - 71 ETAP	30-10-817131-1-1	311-SB	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(11001)BOGOTL	(11001)BOGOTA D.	@	

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA_COLSANITAS_S.A.	N 800149384		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		9999999

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Guia	Formula	Entregas	
NO APLICA	A	1	

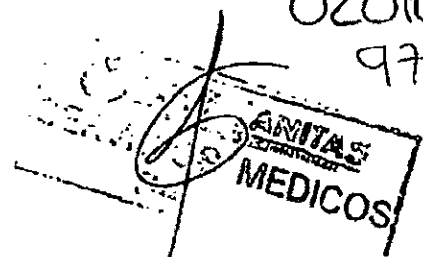
Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P 1	GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNI Y DOC. DE IDENTIFICACION

ORDENA MD FISIATRA DR FORERO RM 79648166#S/ A ORTESIS ANTEBRAZO MUDECA MANO DEDOS POSICION FUNCIONAL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO *1
 CTC RECOBRABLE DEL 5/2/2013 .ACTA # 11001-20130205046 BOGOTA UNICA
 .ENTREGA VIGENCIA POR 6 MESES A/ R VOL N 6478906

20 6212
 02010102
 97027



FIRMA Y SELLO
 Original

Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad
PINTO_MARTINEZ, GLORIA ESP SERV. MEDICOS	EPS SALIT	BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo	ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL	La impresion
SUPERV-COORD- DIRECTOR- A	MLC	20/03/2013:18:04

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 23-MAR-13

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

518
 4178

Ministerio de Justicia
Oficina de Asesoría Jurídica
Bogotá, D.C.

R.M.

Murco en negro)

posición funcional

M. Superior de los para
mismo de los para # 7 (uso)

Oficio de Asesoría Jurídica
Murco en negro

Inocencia Ochoa

29/07/23

Organización Internacional

 LABORATORIO GILETE	ACTA DE ENTREGA ORTESIS	RH-D-013 VERSION 3 Página 1 de 3
---	-------------------------	--

Ciudad y Fecha Bogotá 22 de Marzo de 2013

RECOMENDACIONES Y CUIDADOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA ORTESIS

Señor (a): INOCENCIA ORTIZ De MARTINEZ

Identificado con C.C No 20.316.118

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA EL CUIDADO DE SU ORTESIS

- ❖ La ortesis debe ser retirada para su aseo personal diario.
- ❖ La ortesis generalmente debe ser retirada para dormir, excepto indicación médica de lo contrario.
- ❖ Se debe hacer aseo diario a la ortesis debido a los niveles de sudoración que produce su uso, para ello debe contar con dos (2) toallas de 40X30 cms, exclusivas de la ortesis, además de jabón líquido antibacterial y/o alcohol.

ASEO DE LA ORTESIS

Humedecer la toalla en agua con jabón antibacterial y limpiar el interior de la ortesis. Humedecer la segunda toalla con alcohol, pasarlo por el interior de la ortesis con la finalidad de eliminar todo tipo de microbio y/o infección. Este procedimiento se recomienda hacerlo en la noche para que durante este espacio la ortesis se ventile y se encuentre óptimamente para su nuevo uso diario.

GARANTÍA

A partir de la fecha de acuerdo con el producto adquirido, se establece un periodo de garantía de seis (6) meses.

Nota: Las reparaciones deberán realizarse *únicamente* en las instalaciones del LABORATORIO DE ORTESIS Y PROTESIS GILETE Y CIA. LTDA., y no debe hacerla el paciente por sí mismo, ni en otra ortopédica o entidad, ya que en caso de confirmarse esta situación, la ortesis perderá la garantía otorgada por nosotros.

Centro de Rehabilitación en Ortesis y Prótesis para personas con discapacidad
Clínica: Carrera 26 A No. 39-36 Barrio La Soledad · Teléfono: 3377075 - Fax: 2445712
Sede Administrativa: Carrera 17 No. 31 - 33 · Teléfono: 2322357 2322384 3200477
Bogotá, D.C. - Colombia

PACIENTE
J. Rodríguez

LABORATORIO GILETE

- Cuando se evidencien rupturas originadas por golpes.
- Cuando el dispositivo médico garantiza y que limite o altere la utilización no presentes al inicio de la vigencia de la rendimiento o condiciones de discapacidad médico, variaciones antropométricas, de tipo Cuando se presenten alteraciones de tipo por el Laboratorio Gilite.
- Cuando los dispositivos médicos han sido modificados por personal no autorizado
- Cuando se utilice el dispositivo médico bajo condiciones para las cuales no fue fabricado y adaptado, o no se tengan en cuenta las recomendaciones de uso.
- Cuando se utilice el dispositivo médico

Causas de Anulación de la Garantía

- Por defectos de fabricación.
- Cuando en sus condiciones normales de uso presente fallas.

Cobertura de la Garantía

- El periodo de garantía de la ortesis inicia desde la fecha de entrega y firma de recibido a satisfacción.
- El tiempo estimado de garantía depende exclusivamente del tipo de elemento entregado y de los componentes utilizados, estos serán determinados por el proceso técnico de acuerdo a lo formulado por el Médico tratante.

Vigencia de la Garantía

- Si el elemento objeto de la garantía es susceptible de reparación, ésta se efectuará siempre y cuando este contemplado de acuerdo a los parámetros anteriores.
- En los casos en que la reparación de algún componente del dispositivo médico no pueda ser efectuada en el Laboratorio Gilite, el elemento será enviado al fabricante, con un tiempo aproximado de respuesta de sesenta (60) días.

Condiciones Generales

- Eventos fortuitos no previsibles por la institución o por el usuario (desastres naturales, pérdida o robo).
- Corrosión producida por la exposición a ambientes húmedos, agentes químicos y secreciones corporales como el sudor.

Eventos no Cubiertos

- Componentes susceptibles de desgaste o deterioro de sus condiciones debido al uso para el cual fue formulado).
- Recubrimientos cosméticos.
- Usuario, sus partes o terceros.
- Perjuicios, rupturas, daños o pérdidas causados intencional o dolosamente por el usuario, sus partes o terceros.

Exclusiones y Limitaciones de la Garantía

- Vencimiento del periodo de la garantía.
- El no presentar el acta de entrega y el documento de garantía.
- Tachones o enmendaduras en el documento de garantía.
- documento de garantía.

Condiciones para Invalidez de la Garantía

 LABORATORIO GILETE	ACTA DE ENTREGA ORTESIS	RH-D-013 VERSION 3 Página 2 de 3
---	-------------------------	--

 LABORATORIO GILETE	ACTA DE ENTREGA ORTESIS	RH-D-013 VERSION 3 Página 3 de 3
---	-------------------------	--

BOGOTÁ, D.C. 22 DE MARZO DE 2013

Yo **INOCENCIA ORTIZ De MARTINEZ C.C 20.316.118** Hago constar que he recibido a completa satisfacción del LABORATORIO DE ORTESIS Y PROTESIS GILETE Y CIA. LTDA., el elemento:

- ❖ ORTESIS ANTEBRAZO MUÑECA MANO DEDOS PARA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EN POSICION FUNCIONAL (MUÑECA EN NEUTRO) CANT(1)

SEGÚN LA AUTORIZACION DE SANITAS E.P.S No 49723521



Firma quien recibe

C.C. No 20.316.118

Ese documento es indispensable para Efectos de Garantía

Centro de Rehabilitación en Ortesis y Prótesis para personas con discapacidad
Clínica: Carrera 26 A No. 39-36 Barrio La Soledad · Teléfono: 3377075 - Fax: 2445712
Sede Administrativa: Carrera 17 No. 31 - 33 · Teléfono: 2322357 2322384 3200477
Bogotá, D.C. - Colombia

514
480



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061008
No Consecutivo recobro: 1320606102120
Tipo Radicación: 1
Número Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005
Razón Social: EPS SANITAS SA
CIE: 1320606102120 - 208340
CC/17102493 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC
Primer Apellido: CARRASQUILLA
Segundo Apellido: ARRIETA
Primer Nombre: JAIME
Segundo Nombre: ALFONSO
Número de documento de identidad: 17102493
Tipo de afiliación: C
Nivel de cuenta moderadora: C

IV. Detalle del recobro

Item	No. Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	Periodo Suministro (BPM)	No. Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Sanciones	NTI Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Medicamento / Copago / Recupulación	Valor Recobro
1	11001-20130308078	08/03/2013	08/03/2013	03/2013-01	N	FAR1000000001153362	19/03/2013	17/04/2013	C329	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	54902	TUBO LARINGEO REF 7674 UND	IN	1	\$ 384.996.00	\$ 384.996.00	\$ 2.300.00	\$ 382.696.00
2	11001-20130308078	08/03/2013	08/03/2013	03/2013-01	S	FAR1000000001153362	19/03/2013	17/04/2013	C329	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	86679	CEPILLOS DE LIMPIEZA TUBO LARINGEO REF 7225 UND	IN	60	\$ 14.300.00	\$ 858.000.00	\$ 0.00	\$ 858.000.00
3	11001-20130308078	08/03/2013	08/03/2013	03/2013-01	S	FAR1000000001153362	19/03/2013	17/04/2013	C329	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	99452	FILTROS TRAQUEAL MANOS LIBRES REF 7711 UND	IN	2	\$ 33.000.00	\$ 66.000.00	\$ 0.00	\$ 66.000.00

IV e. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	TUBO LARINGEO REF 7674 UND	PIEZA	0.01	30	1	\$ 384.996.00	\$ 384.996.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	CEPILLOS DE LIMPIEZA TUBO LARINGEO REF 7225 UND	PIEZA	2.00	30	60	\$ 14.300.00	\$ 858.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	FILTROS TRAQUEAL MANOS LIBRES REF 7711 UND	PIEZA	0.07	30	2	\$ 33.000.00	\$ 66.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
Total Recobrado														\$ 1.306.696.00

CIUDAD: BOGOTA

FECHA ACTA: 08/03/2013

Interentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
E FRANCISCO ZAMBRANO JUAN	79140821	79140821
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
8/03/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGE, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA PATOLOGIA FINAL SALIO CARCINOMA ESCAMOCELULAR DIFERENCIADO.

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
EPILLOS DE LIMPIEZA	TRATAMIENTO	N/A	2,0	180	90

JMS, CUPS:	86878
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA CEPILLOS DE LIMPIEZA PARA CONTINUIDAD Y EVITAR COMPLICACIONES

Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MARRASQUILLA ARRIETA JAIME ALFONSO	17102493	30-10-711271-1-1

Diagnóstico	Descripción:	Código
JMOR MALIGNO DE LA LARINGE PARTE NO ESPECIFICADA		C329

Análisis del Caso: EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGE, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA PATOLOGIA FINAL SALIO CARCINOMA ESCAMOCELULAR DIFERENCIADO. SE SOLICITA CEPILLOS DE LIMPIEZA PARA CONTINUIDAD Y EVITAR COMPLICACIONES

Verificación de los Criterios de Autorización:

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

Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

APROBADA N: NEGADA

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

Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	08/03/2013
---------	--------	-------------	------------

Interesados

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
ILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
E FRANCISCO ZAMBRANO JUAN	79140821	79140821
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
3/03/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGE, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA PATOLOGIA FINAL SALIO CARCINOMA ESCAMOCELULAR DIFERENCIADO.

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
FILTROS PARA VALVULA LARINGEA	TRATAMIENTO	N/A	0,0668	6	90

IMS, CUPS:	95452
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA FILTROS PARA VALVULA LARINGEA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ARRASQUILLA ARRIETA JAIME ALFONSO	17102493	30-10-711271-1-1

Diagnóstico

Descripción:	Código
TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE PARTE NO ESPECIFICADA	C329

Análisis del Caso: EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGE, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA PATOLOGIA FINAL SALIO CARCINOMA ESCAMOCELULAR DIFERENCIADO. SE SOLICITA FILTROS PARA VALVULA LARINGEA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

Verificación de los Criterios de Autorización:

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

Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

APROBADA N: NEGADA

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

Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5/6
2182

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Santas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

CIUDAD: BOGOTA		FECHA ACTA: 08/03/2013	
Representante EPS Santas		Representante IPS	
LILIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894		NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699	
Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:			
Nombre y Apellido del Médico Tratante		Registro Médico	
E FRANCISCO ZAMBRANO JUAN		79140821	
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TPO	
8/03/2013		CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica			
PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGEA, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA			
Justificación del procedimiento/solicitud no incluido en el POS:			
OTON LARINGEO			
Procedimiento / Insumo		Objetivo	
Frecuencia de uso		Motivo	
Cantidad		0.0111	
Tiempo		1	
90			
JMS, CUPS: 54902			
SE SOLICITA BOTON LARINGEO PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO TENIENDO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA EVITANDO COMPLICACIONES			
Modificación No POS:			
Datos de identificación del Usuario:			
Nombres y Apellidos		Documento de identificación	
ARRASQUILLA ARRIETA JAIME ALFONSO		17102493	
30-10-711271-1-1		Contrato	
Diagnóstico			
Descripción:			
Código			
C329			
UMOR MALIGNO DE LA LARINGE PARTE NO ESPECIFICADA			
Análisis del Caso:			
EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA IN SITU DE LA LARINGEA, A QUIEN SE LE REALIZA LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO CUYA PATOLOGIA FINAL SALVO CARCINOMA ESCAMOCELULAR DIFERENCIADO. SE SOLICITA BOTON LARINGEO PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO TENIENDO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA EVITANDO COMPLICACIONES			
Verificación de los Criterios de Autorización:			
Cumplimiento			
SI			
Art. 6 a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, ECC o ARS, no se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.			
SI			
Art. 6 b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.			
SI			
Art. 6 c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y apoyado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o parámetros salivares en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.			
SI			
Art. 6 d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.			
SI			
Art. 6 Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroguen.			
Decision:			
Decision Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:			
A			
APROBADA			
N: NEGADA			
Justificación Técnica y normativa			
DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DE FAMILIAS DE FARMACOS PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.			
Equivalente Terapéutico:			
Procedimiento / Insumo		Objetivo	
Frecuencia de uso		Motivo	
Cantidad		N/A	
Tiempo		N/A	



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6468060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No. 310300053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001153362

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
15	04	2013

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

Referencia: 283458-15042013-21

ORIGINA

Sucursal: 112_FARMA_OSTEOSINTESIS_CLINI_EXT_BOGOTA

NORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito

Contado

DD

MM

AAAA

X

14

07

2013

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No Nit.

No. 800251440-6

DD

MM

AAA

ECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	IVA	IVA	VALOR TOTAL
79	CEPRLO LIMPIEZA/TUBO LARINGEO REF 7225 UND	PZA	2	\$33,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$66,000.
52	FILTRO TRAQUEAR MANOS LIBRES REF 7711 UND	PZA	60	\$14,300.00	\$0.00	0	\$0.00	\$858,000.
02	TUBO LARINGEO REF 7574 UND 18-AGO	PZA	1	\$384,996.00	\$0.00	0	\$0.00	\$384,996.

FACTURA
RECIBIBLE
OLVER A AUDITORIA MEDICA
CON PROBABILIDAD DE EGRESO
AUDITORIA MEDICA
ALTA COSTA
E.P.S. 9001
23 ABR 2013

CANCELADO

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
09-01-32
17 ABR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor

SANITAS
72 037763

REGIONAL BOGOTA

19 ABR '13

29

2101210110559183

Contrato :
 Usuario : 17102493-JAIME CARRASQUILLA
 El Medico :
 Tipo Aut. :
 Fecha Entrega: 19/03/13
 Autorización :

TOTAL BRUTO

\$1,308,996

DESCUENTOS

\$0

SUBTOTAL

\$1,308,996

IVA TOTAL

\$0

MON: UN MILLON TRESCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y
 EIS PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR

\$1,308,996

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

Emisor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Elaborado por: Yelbi Trujillo Lamilla

Firma:

Nombre:

Firma:

No. documento de identidad:

Nombre:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

CALLE 72 No. 22-42 OF. 303 TELEFONO (1) 217 4253 - 600 7724
oficina@medinistroscolombia.com BOGOTA D.C.

ACEPTADA

MEDINISTROS S.A.S

NIT: 830.053.755-0



INSTITUCION

RUPIA DEL

AGENTE

RDEN DE COMPRA N

SERVACIONES

Y MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS MCTE

YN:

49539518 DE 2013
JAIME ALFONSO CARRASQUILLA ARIETA

SE ESTABLECE PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA FACTURA COMO
DOMICILIO LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.-COLOMBIA, EN LO PERTINENTE /
ESTA FACTURA SE LE APLICARAN LAS NORMAS RELATIVAS A LA LETRA DE
CAMBIO, ARTICULO 50, LEY 1231 DE 2008.

1.190.000	SUBTOTAL
0	DESCUENTO
0	IVA
1.190.000	TOTAL FACTURA

CODIGO	DESCRIPCION	LOTE	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Total
7225	CEPILLO DE LIMPIEZA PARA LA PROTESIS PROVOX REF: 7225	1201002	2	30.000	0%	60.000
7674	BOTTON LARINGEO DE 18/8 mm REF. 7674	1210122	1	350.000	0%	350.000
7711	FILTROS PARA USAR CON EL MANOS LIBRES REF: 7711	1301140	60	13.000	0%	780.000

C.C. NIT	800149695	TELEFONO	6466060	Ciudad	Bogota D.C.	FECHA FACTURA	02/04/2013
DIRECCION	A CLL 100 11 B 67	FORMA DE PAGO	Credito	FECHA VENCIMIENTO	02/05/2013		

MEDINISTROS SAS
NIT 830053755

Equipos y suministros medicos



Resolucion DIAN No. 320000869642 de 13/02/2012 Desde
5001 hasta 10000 Autoriza impresiones computador
No Somos Grandes Contribuyentes Ventas Regimen
Comun Actividad Economica 4773 - 4659 Tanta ICA 11.04
por Mil.

FACTURA DE VENTA No.	7144
-------------------------	------



FACTURA DE
VENTA No.

7144

MEDINISTROS SAS

NIT 830053755

Resolucion DIAN No. 320000869642 de 13/02/2012 Desde
5001 hasta 10000 Autoriza impresiones computador
No Somos Grandes Contribuyentes Ventas Regimen
Común Actividad Economica 4773 - 4659 Tarifa ICA 11.04
por Mil.

CLIENTE	FARMASANITAS S.A.S.	FECHA FACTURA	02/04/2013
C.C o NIT	800149695	TELEFONO	6466060
		CIUDAD	Bogota D.C.
DIRECCION	A CLL 100 11 B 67	FORMA DE PAGO	Credito
		FECHA VENCIMIENTO	02/05/2013

CODIGO	DESCRIPCION	LOTE	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Total
7225	CEPILLO DE LIMPIEZA PARA LA PROTESIS PROVOX REF: 7225	1201002	2	30.000	0%	60.000
7674	BOTTON LARINGEO DE 18/8 mm REF. 7674	1210122	1	350.000	0%	350.000
7711	FILTROS PARA USAR CON EL MANOS LIBRES REF: 7711	1301140	60	13.000	0%	780.000

MONEDERA:
UN MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS MCTE

SERVACIONES

ORDEN DE COMPRA N 49539518 DE 2013
CLIENTE JAIME ALFONSO CARRASQUILLA ARRIETA
RUGIA DEL
R.
STITUCION

SUBTOTAL	1.190.000
DESCUENTO	0
IVA	0
TOTAL FACTURA	1.190.000

SE ESTABLECE PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA FACTURA COMO DOMICILIO LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. COLOMBIA. EN LO PERTINENTE A ESTA FACTURA SE LE APLICARAN LAS NORMAS RELATIVAS A LA LETRA DE CAMBIO, ARTICULO 5o., LEY 1231 DE 2008.



MEDINISTROS S A S

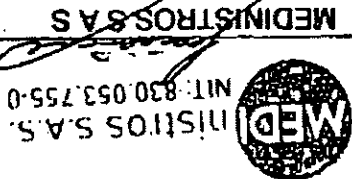
ACEPTADA

CALLE 72 No. 22-42 OF. 303 TELEFONO (1) 217 4253 - 600 7724
oficina@medinistroscolombia.com BOGOTA D.C.

1484
518

CALLE 72 No. 22-42 OF. 303 TELEFONO (1) 217 4253 - 600 7724
oficina@medinistroscolombia.com BOGOTA D.C.

ACEPTADA



RDEN DE COMPRA N
ACIENTE
IRUGIA DEL
R.
ISTITUCION

49539518 DE 2013
JAIME ALFONSO CARRASQUILLA ARRIETA

SE ESTABLECE PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA FACTURA COMO
DOMICILIO LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.-COLOMBIA, EN LO PERTINENTE /
ESTA FACTURA SE LE APLICARAN LAS NORMAS RELATIVAS A LA LETRA DE
CAMBIO, ARTICULO 50, LEY 1231 DE 2008.

SERVACIONES

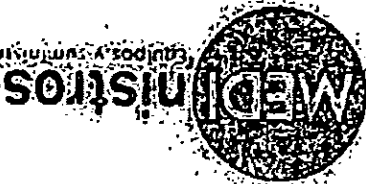
DN:
N MILLON CIENTO NOVENTA MIL PESOS MCTE

SUBTOTAL	1.190.000
DESCUENTO	0
IVA	0
TOTAL FACTURA	1.190.000

CODIGO	DESCRIPCION	LOTE	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Total
7225	CEPILLO DE LIMPIEZA PARA LA PROTESIS PROVOX REF: 7225	1201002	2	30.000	0%	60.000
7674	BOTTON LARINGEO DE 18/8 mm REF. 7674	1210122	1	350.000	0%	350.000
7711	FILTROS PARA USAR CON EL MANOS LIBRES REF: 7711	1301140	60	13.000	0%	780.000
						Total

CLIENTE	FARMASANTAS S.A.S.	FECHA FACTURA	02/04/2013
C.C o NIT	800149695	CIUDAD	Bogota D.C.
DIRECCION	A CLT 100 11 B 67	FORMA DE PAGO	Credito
		FECHA VENCIMIENTO	02/05/2013

MEDINISTROS SAS
NIT 830053755



Resolucion DIAN No. 320000869642 de 13/02/2012 Desde
5001 hasta 10000 Autoriza impresiones computador
No Somos Grandes Contribuyentes Ventas Regimen
Comun Actividad Economica 4773 - 4659 Tarifa ICA 11.04
por Mil.

FACTURA DE	VENTA No.
7144	

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

49539518

Solicitud: 49539518 Fecha: 19/03/2013:10:23 Pagina No: 1 / 1
Depende: Formula med: SI0000019644720
Secuencia: 11001-20130308078 BOGOTA
Compania: EPS SANITAS Nit: 8002514406 Codigo: EPS005
Plan: (10) INTEGRAL Telefono: 018000919100 Num_Vol: 666658

Nombre Usuario Identificacion Fec.Nacim Tel.Residencia
CARRASQUILLA_ARRIETA,JAIME_ALFONSO C 17102493 08/02/1945 2141065
Direccion Contrato Antig Categ Tel.Acudiente
CARRERA 13 A # 107 A - 10 Apto. 203. 30-10-711271-1-1 374-S C
Municipio Departamento E-Mail
(11001)BOGOTA (11001)BOGOTA D.C. @

Medico Ordena Identificacion Codigo Puerta Ent.
CLINICA_COLSANITAS_S.A. N 800149384 N
Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
FARMASANITAS SAS N 800149695 9999999

Tipo Proce... Clase Lugar Tipo Volante
RAPEUTICO FA AMBULATORIO PRINCIPAL
Guia Formula Entregas
NO APLICA A 1

Servicio	Descripcion Servicio	Denom	Cant	Unidad
697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P	1	GENERICA

Rec # 7110

OBSERVACIONES

- ANEXAR CUOTA MODERADORA
- PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

ODR DR ZAMBRANO RM 79140821 # DX CA DE LARINGE # BOTON LARINGEO REF 7674 *1
RECLAMA EN MEDINISTROS: CALLE 72 No 22-42 OF 303 TEL 2174253-6007724
CTC RECOBRABLE ACTA 11001-20130308078 BOGOTA DEL 8/3/2013,ACTA VIGENTE POR 3 MESES.UNICA ENTREGA.ANEXAR
ORDEN MEDICA VIGENTE

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA HACIENDA SANTA BARBARA
BOGOTA

VOLANTE NORMAL

FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba Oficina Ciudad
LOZANO_LUGO,CLAUDIA_MILENA OFICINA REGIONAL BOGOTA BOGOTA (PRINCIPAL)
Cargo Telefono Elabora Fecha Impresion
SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL 3 LLCM 09/03/2013:11:07

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 08-APR-13

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA.
ORGANIZACION NACIONAL

485

514

ORGANIZACION DE MEDICAMENTOS ES NEGOCIO PRESENTAR FORMULA MEDICA. ORGANIZACION DE MEDICAMENTOS

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 08-APR-13

Funcionario Aprueba LOZANO_LUGO,CLAUDIA_MILENA
Carga SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL 3
Oficina OFICINA CALLE 100 (EPS-SANITAS)
Ciudad BOGOTA (PRINCIPAL)
Telefono Elabora LLM
Fecha Impresion 09/03/2013:11:15

VOLANTE NORMAL
FIRMA Y SELLO
Original
E.P.S. SANITAS
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA HACIENDA SANTA BARBARA
BOGOTA

ODR DR ZAMBRANO RM 79140821 # DX CA DE LARINGE # CEPILLOS DE LIMPIEZA REF 7225 *2# FILTROS MANOS LIBRES
RECAMA EN MEDICINISTROS CALLE 72 NO 22-42 OF 303 TEL 2174253-6007724
CTC RECOPRABLE ACTA 11001-20130308078 BOGOTA DEL 8/3/2013 ACTA VIGENTE POR 3 MESES PRIMERA ENTREGA ANEXAR
ORDEN MEDICA VIGENTE

OBSERVACIONES

697300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	1	GENERICA
Medico Ordena	DE FRANCISCO_ZAMBRANO,JUAN	Identificacion	C 79140821
Medico Practica	FARMASANITAS SAS	Identificacion	N 800149695
Municipio	(11001)BOGOTA	Departamento	(11001)BOGOTA D.C.
Direccion	CARRERA 13 A # 107 A - 10 Apto. 203	Contrato	30-10-711271-1-1
Nombre Usuario	CARRASQUILLA_ARIETA,JAIME_ALFONSO	Identificacion	C 17102493
Fec.Nacim	08/02/1945	Antig	374-S
Residencia	2141065	Acudiente	6666767
Plan:	(10) INTEGRAL	Telefono:	018000919100
Compania:	EPS SANITAS	Nit:	8002514406
Secuencia:	11001-20130308078 BOGOTA	Codigo:	EPS005
Depende:	Formula med: S10000019660768	Num_Vol:	6666767
Solicitud:	49553057	Fecha:	19/03/2013:10:23
AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS			
49553057			

DR. JUAN DE FRANCISCO Z.
 CIRUGÍA GENERAL - GASTROENTEROLOGÍA
 CABEZA Y CUELLO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - HOSPITAL SAN JOSÉ
 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
 ROYAL MARSDEN HOSPITAL

NOMBRE: Jaime Carrasquilla FECHA: 08-03-2013

R/
 O Boton Linqueo #1
 Ref. 7674.

Dr. Cancer de la boca.

E.P.S. SANITAS
 TRAMITADO POR CTC
 08 MAR 2013
 OF CALLE 95

JUAN DE FRANCISCO ZAMBRANO
 CIRUGIA GENERAL - GASTROENTEROLOGÍA
 CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
 712 7521

50149539578.

FIRMA CONSULTORIOS: SALITRE CALLE 22 B N° 66 - 46 CONS.: 1206 TELS.: 570 3939 • 574 0736
 ED. ALMIRANTE COLON CRA. 16 N° 84A - 09 CONS. 712 TELS.: 621 7552 - 621 7541
 CELULAR: 315 331 6260 BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

CONSULTORIOS: SALTE CALLE 22 B N. 66 - 46 CONS.: 1206 TEL.: 570 3939 • 574 0736
ED. ALMIRANTE DONALD CRUZ - 46 CONS.: 712 TEL.: 621 7552 • 621 7541
CECILIA: 315 331 6260 BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

JOSE DE FRANCISCO ZAMBRANO
CIRUGIA GENERAL - GASTROENTEROLOGÍA
CABEZA Y CUELLO
1206 TEL. 570 3939

98.8.5. SANTAS
TRAMITADO POR CTO

Dr. Carlos de la Cruz

Usa clor de
Durante 3 mcs.

① Fila, manual lírica 7711 # 180

R/

NOMBRE: Jaime Castañeda

FECHA: 08.03.2013

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - HOSPITAL SAN JOSÉ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
ROYAL MARBOL HOSPITAL

DR. JUAN DE FRANCISCO Z.

CIRUGIA GENERAL - GASTROENTEROLOGÍA
CABEZA Y CUELLO

DR. JUAN DE FRANCISCO Z.

CLINICA GENERAL - GASTROENTEROLOGÍA
CARA Y CUELLO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - HOSPITAL SAN JOSÉ

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

ROYAL MARSDEN HOSPITAL

NOMBRE:

Jame Carvajal

FECHA:

08.03.2013

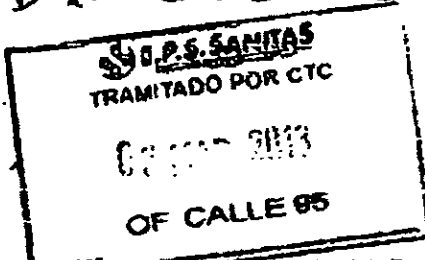
R/

① cepillos de limpieza + 6

Usar dos durante 3 meses.

Ref. 7225.

Dx: Cáncer de laringe



JUAN DE FRANCISCO ZAMBRANO
CLINICA GENERAL GASTROENTEROLOGÍA
CARA Y CUELLO
0914 921

Sol. 49539518

CONSULTORIO SALITRE CALLE 22 B N° 66 - 46 CONG.: 1206 TELS.: 570 3939 • 574 0736
ED. ALMIRANTE COLON CRA. 16 N° 84A - 09 CONS. 712 TELS.: 621 7552 - 621 7541
CELULAR: 315 331 6260 BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

MEDINISTROS SAS NIT: 830.053.755-0 Calle 72 No. 22-42 Ofc. 301-303 PBX: 5400920-TELEFAX: 2174239 EXT. 108 e-mail: oficina@medinistroscolombia.com Bogotá D.C. Colombia- Sur America

MEDINISTROS SAS-NIT: 830.053.755-0

VIRGINIA SALAVARRIETA S

Virginia Salavarrieta S

C.C. 17102493

JAIME ALFONSO CARRASQUILLA ARRIETA

Jaime Alfonso Carrasquilla Arrieta
C.C. 17102493

ENTREGADO:

RECIBIDO:

EN LA FECHA HEAMOS RECIBIDO A SATISFACCION LOS PRODUCTOS RELACIONADOS ANTERIORMENTE EN CUANTO A CANTIDADES Y VALORES.

PRODUCTOS EXENTOS DE IVA

ITEM	PRODUCTO	REFERENCIA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	CEPILLOS DE LIMPIEZA	7225	2	30.000	60.000
2	BOTTON LARINGEO DE 18/8mm	7624	1	350.000	350.000
3	SPECH VALVULA MEMBRANA BLANCA	7713	1	100.000	100.000
4	FILTROS PARA USO CON EL SISTEMA MANOS LIBRES	7711	60	13.000	780.000
VALOR TOTAL					1.290.000

MAINTENIMIENTO PROTESIS PROVOX 2-RESTAURACION DE VOZ Y REHABILITACION PULMONAR

ACTA DE ENTREGA No. 126- DE 2013

SEÑOR
JAIME ALFONSO CARRASQUILLA ARRIETA
Ciudad

Bogotá D.C. 19 de Marzo de 2013





Medicamentos y suministros para médicos

Remisión

Despacho No	4067	Requerimiento No.		Fecha	19/03/2013	Documento No.	
Cliente	FARMASANTAS S.A.S.			NIT	800149695	Teléfono	6466060
Dirección	A CLL 100 11 B 67				Ciudad	Bogotá D.C.	
Doctor				Paciente	JAI ME CARRASQUILLA		

CANT	LOTE	DESCRIPCIÓN	REG INVIMA	VALOR UNITARI
2	1201002	CEPILLO DE LIMPIEZA PARA LA PROTESIS PROVOX REF. 7225	20084-0003218	30.000
1	1210122	BOTTON LARINGEO DE 12/8 mm REF. 7674	20084-0003218	350.000
1	1210028	SPEECH VALVULA MEMBRANA BLANCA REF. 7710 X	20084-0003218	100.000
60	1301140	FILTROS PARA USAR CON EL MANOS LIBRES REF. 7711	20084-0003218	13.000

OBSERVACIONES MATERIAL CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO AL PACIENTE JAI ME CARRASQUILLA	SUBTOTAL	1.290.000
	DESCUENTO	0
	IVA	0
	TOTAL	1.290.000

Firma Responsable JUAN ORTIZ
 Entregado Por _____
 Recibido por Marta E. Fari P.
 454272307

322
488



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:	13206061007
No Consecutivo recobro:	1320606101458
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

CIE: 1320606101458 - 288373

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CC / 82648912 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento:	CC	Numero de documento de identidad:	52648912
Primer Apellido:	DEL CASTILLO	Segundo Apellido:	PLATA
Tipo de afiliación:	B	Nivel de cuota moderadora:	A
Primer Nombre:	MARIA	Segundo Nombre:	CONSUELO

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Solicitudo (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Sombras	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Costeado / Recupero	Valor Recobro
1	11001-20130318164	18/03/2013	04/03/2013	S	03/2013-01	FAR100000001114654	20/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 23.900.00	\$ 156.100.00
2	11001-20130318164	18/03/2013	04/03/2013	S	03/2013-01	FAR100000001114654	20/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	10240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	11001-20130318164	18/03/2013	04/03/2013	S	03/2013-01	FAR100000001114654	20/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	82629	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS				
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.16	30	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	0	0	0.80	0	0	\$ 0.00	\$ 0.80
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

Total Recobrado: \$ 3.011.100.00

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	18/03/2013
-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
IN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

Orden de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
RQUEZ VILLAMIZAR LUISA FERNANDA	41787000	013422/98
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

Orden de la Clínica: PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO PRESENCIA DE EPISODIOS SEVEROS DE HIPOGLUCEMIA CON PERDIDA DE CONCIENCIA EN PERIODOS PROLONGADOS.

Indicación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,0055	1	180

CUPS:	103240
Indicación de Procedimiento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Indicación de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ASTILLO PLATA MARIA CONSUELO	52646812 /	30-10-870817-1-2

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

Resumen del Caso: EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE PRESENCIA DE EPISODIOS SEVEROS DE HIPOGLUCEMIA CON PERDIDA DE CONCIENCIA EN PERIODOS PROLONGADOS. SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Indicación de los Criterios de Autorización:	Cumplimiento
a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la indicación del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o complicaciones por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Ley 5281 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o derroguen.	SI

Indicación:	Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
-------------	---	---

Indicación:	II: NEGADA
Justificación técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

Indicación Terapéutica:	Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/03/2013
---------	--------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
JN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Nombre y Apellido del Médico Tratante			Documento de Identificación	Registro Médico
RQUEZ VILLAMIZAR LUISA FERNANDA			41787000	013422/88
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)			TIPO	
2013			CTC AMBULATORIO	

Historia Clínica	PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO PRESENCIA DE EPISODIOS SEVEROS DE HIPOGLICEMIA CON PERDIDA DE CONCIENCIA EN PERIODOS PROLONGADOS.
------------------	---

Indicación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
INFUSION 6 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0,0055	1	180

CUPS:	82829
Justificación	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Identificación del Usuario:		
Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
ASTILLO PLATA MARIA CONSUELO	52848912	30-10-870817-1-2

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		E109

Detalle del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 39 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE PRESENCIA DE EPISODIOS SEVEROS DE HIPOGLICEMIA CON PERDIDA DE CONCIENCIA EN PERIODOS PROLONGADOS. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.
-------------------	---

Justificación de los Criterios de Autorización:		Cumplimiento
a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.		SI
b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la indicación del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto.		SI
c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o toxicidad por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.		SI
d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.		SI
Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Ley 1438 de 2010 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.		SI

Decisión:	Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
-----------	---	---

Justificación técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEPENDIENTES O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

Indicador Terapéutico:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Sra. Helva Benavides Palacios
Representante de Linarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11844 23-Dic-2004

Res. Fac. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001114654

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAAA

21 03 2011

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

Referencia: 277003-21032013-25

ORIGIN

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

19 06 2011

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

Nit. No. 800251440-6

19 06 2011

DD MM AAAA

DIRECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

L 100 118 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

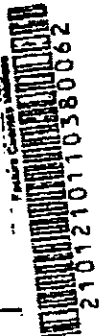
57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
1501	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
13240	SENSOR MODAR GLUCOSA ENLITE REF MMT700BA CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000
1029	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-399 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000

CANCELADO


FACTURA RECOBRABLE
 DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON PROBARANTE DE EGRESO

 ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 DE Calle 32
 26 MAR 2013

 RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
 No implica aceptación como Título Valor.

 Contrato : 0100100000070617000101
 Usuario : 52646912-ABRAHAM CONSUELO-DEL CASTILLO PLATA
 Id. Medico : 800149384-CLINICA COLSANITAS S.A.
 Tipo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega: 20-MAR-13
 Autorización : 49458637

TOTAL BRUTO	\$3,035,000
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,035,000
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,063,800

 MONTO: TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS
 MONEDA: MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Rayd Moron Montes	DIANA FERNANDA BELTRAN C.C. 62828163 Enfermera Auditor Junior ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL	Firma: _____
Firma: _____	No. documento de identidad: _____	Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____
Nombre: _____		

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página

1 de

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Solicitud: 49458637 Fecha: 20/03/2013:10:51

Depende: Formula med: S10000018550679

Secuencia: BOGOTA 11001-20130318164

Compania: EPS SANITAS

Plan: (10) INTEGRAL

NIT: 8002514406 Telefono: 018000919100
Codigo: EPS005 Num_Vol: 6728100

Nombre Usuario DEL CASTILLO PLATA MARIA CONSUELO
Identificacion C 52646912 Fec.Nacim 02/03/1974 Tel.Residencia 2568607

Direccion CALLE 94 # 21 - 37 APTO 604
Municipio (11001)BOGOTA
Departamento (11001)BOGOTA D.C.
Antig 882-S Categ A E-Mail @

Medico Ordena CLINICA COLSANITAS S.A.
Identificacion N 800149384 Codigo Puerta Ent. N
Medico Practica FARMASANITAS SAS
Identificacion N 800149695 Codigo Telefono 99999999

Tipo Proced TERAPEUTICO Clase FA Lugar AMBULATORIO Tipo Volante PRINCIPAL
Guia NO APLICA Formula A Enuegas 1

Servicio 697300056 Description Servicio INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS
Denom Cant Unidad 1 GENERICA

PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION
ANEXAR CUOTA MODERADORA

OBSERVACIONES

ORD DRA BOHORQUEZ RM 013422/98#CALLE 95#RESERVORIOS DE 3ML CAJA *1#SET DE INFUSION DE 6 MM CAJA
*1#SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA CAJA *1
CTC RECORRABLE ACTA BOGOTA 11001-20130318164 VIGENTE POR (6) MESES ENTREGA 1/6 ANEXAR FORMULA MEDICA
VIGENTE

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

VOLANTE NORMAL

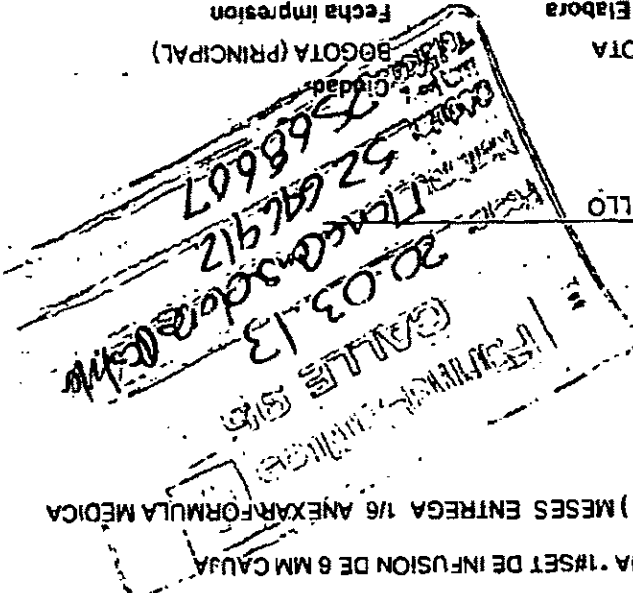
FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba CHAVEZ_GARCIA SANDRA MILENA
Cargo SUPERV-COORD- DIRECTOR- ASESOR MED NIVE

Oficina OFICINA REGIONAL BOGOTA
Telefono CGSM
Elabora CGSM
Fecha Impresion 19/03/2013:15:39

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 22-MAR-13

PARA ELABORAR LOS ESQUEMAS DE RECETA PARA FORMULA MEDICA
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION



DOCTORA LUISA FERNANDA BOHÓRQUEZ V.

MÉDICO CIRUJANO - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
DIABETES. PIE DIABÉTICO UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
MANEJO MEDICO DE DIABETES, OBESIDAD Y DISLIPIDEMIAS
COORDINADORA DE PROGRAMAS DE DIABETES CLÍNICA COLSANITAS

Marzo 2013

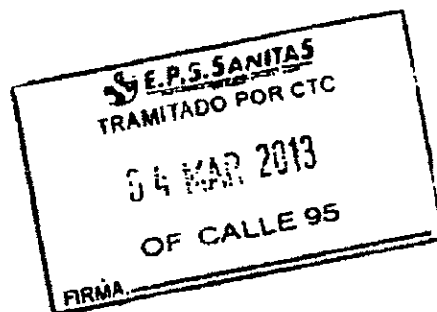
Maria Consuelo Del Castillo

CC 52646912 Edad: 38 años

FORMULA PARA 6 MESES. NO SUSPENDER

**DISPOSITIVOS para bomba de insulina
PARA ENTREGAR CADA MES**

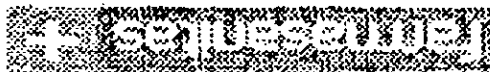
1. Reservorios de 3 ml. Caja # 1
2. Set de infusion de 6 mm. Caja #1
3. Sensores para medir glucosa. Caja #1
4. Adhesivos IV 3000 # 10



ORA LUISA F. BOHÓRQUEZ DE PERCA
DIABETES DE DIABETICO
R.M. 013422/98
U. ROSARIO U.B.A.

R.M. 013422/98

EDIFICIO DE CONSULTORIOS. CLÍNICA REINA SOFIA
DIAG 127A NO 31-48 | CONS 324 SALA H
TELS: 6159369 - 6252166 - 6252111 | CEL: 3174354679



FACTURA DE VENTA

FARMASANITAS SAS

NIT 800.149.695

Calle 99 Nro. 12-24

Regimen Comun

ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 52311

Somos Grandes Contribuyentes Segun

Resolución No. 11944 Dic 24 de 2.004

Agentes Retenedores de IVA e ICA

FACTURA No. F342 26408
FECHA Y HORA 20/03/2012 12:49 PM
VENDEDOR Cielier Sabogal Adriana Milena
CIUDAD Bogotá

CURSAL 97 Farma Tuellas, Calle 95
RECCION cr 15 95 08

661
ENTE Enidad Promotora De Salud Santa:

ENTIFICACIO 800.251.440
TIVIDAD Recauda Cuota Mod

RIFA Recauda Cuota Mod
LIADO 52648912

MBRE: Maria Consuelo Del Castillo Plata
DESCRIPCION CAN IVA VALOR

ota Moderadora Eps 1 0% 23,900
ntas - A No Aplica No Intangible

ignado
ITAL DESCUENTO 0

ITAL FACTURA 23,900

DETALLE DE IVA
P. V/R COMPRA BASEAMP IVA

% 23,900 23,900 0
IT 23,900 23,900 0

DETALLE DE VENTA
BANCO No. VALOR

activo 23,900

solución DIAN: 310000053645
De 20/05/11

ango de facturas por computador desde:
F342 - 1 A: F342 - 90000

Propiedades e inmuebles en el punto de venta Farmasánitas
Aplicaciones y respaldos de los inventos farmacéuticos
Desarrollos y servicios en el punto de venta Farmasánitas

RELACION DE SERVICIOS GRABADOS

go	Descripcion	L	C	Can	Valor
13235	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA (EGDC)	A	QR	6	858,600.0
Totales					858,600.0
\$					

RELACION DE SERVICIOS Y AJUSTES

T.Honorario:

Honorarios Terapeutico

Factura:

251281

Radial:

1364337812



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por raditaciones de entidad reclamante: 13206061007
 No Consecutivo recobro: 1320606101460
 Tipo Radicación: 1
 Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

CIE: 1320606101460 - 268373
 Código SNS: EPS005
 Razón Social: EPS SANITAS SA
 TI / 1019902475 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Ti: 1019902475
 Numero de documento de identidad: 1019902475
 Primer Nombre: SEBASTIAN
 Segundo Nombre: TOBON
 Primer Apellido: RAMIREZ
 Segundo Apellido: TOBON
 Tipo de afiliación: B
 Nivel de cuota moderadora: E

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Selección Médico	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Documento (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cada Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	1001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	03/2013-03	FAR100000000 1114622	15/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	36753	LANCETA ULTRAFORT LIFESCAN	IN	100	\$ 243.00	\$ 24.300.00	\$ 0.00	\$ 24.300.00
2	1001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	03/2013-03	FAR100000000 1114622	15/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00
3	1001-20130116065	16/01/2013	02/01/2013	03/2013-03	FAR100000000 1114622	15/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANITAS SAS	82829	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00
Total Recobrado:																			\$ 574.300.00

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

MEDICAMENTO/SERVICIO MEDICO/ PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	LANCETA ULTRAFORT LIFESCAN	PIEZA	6.60	15	100	\$ 243.00	\$ 24.300.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	18/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
N MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

tem de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
A DURAN VENTRURA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

tem de la
ría Clínica

PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLÍNICO DESDE MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009.

ficación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
IVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUPS:

74501

ificación
amento No
POS:

SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO DUE ES MANTENER ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

a de identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
REZ TOBON SEBASTIAN	1018902475	30-10-160149-1-2

nóstico

Descripción:	Código
TES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109

la del Caso:

EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLÍNICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009. SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

ficación de los Criterios de Autorización:

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

taion:

Decision Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

OBADA

N: NEGADA

Justificación nica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL SE DICAMETO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

valente Terapeutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	16/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
N MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 78624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

Men de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:		
Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DURAN VENTRURA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

Men de la Historia Clínica: PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009.

Indicación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
INFUSION BOMBA INSULINA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUPS:	82629
Indicación No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Identificación del Usuario:		
Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MEZ TOBON SEBASTIAN	1018902475	30-10-160149-1-2

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109

Resumen del Caso: EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 7 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DESDE 18 MESES QUIEN HA MANTENIDO MUY BUEN CONTROL TIENE EXCELENTE APOYO FAMILIAR Y RECIBE TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA DESDE MAYO DE 2009. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

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

Decisión:	Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
-----------	---	---

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

Procedimiento Terapéutico:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 5466080 Fax. 5464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No. 310000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4, 14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001114622

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
21	03	2013

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

Referencia: 277001-21032013-25

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

19 06 2013

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

po Nit, No. 800251440-6

19 06 2013

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

. 100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
53	LANCETA ULTRASOFT REF 0208D101 CAJ X 100 LIFESCAN CUM D-00	PZA	200	\$243.00	\$0.00	16	\$7,776.00	\$48,600.
01	RESERVORO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM D-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.
129	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-335 CAJ X 10 QUICK 6X22 CUM D-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.

AUDITORIA MEDICA
COSTO
FACTURA
RECUPERABLE

DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

CANCELADO

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
OF. Calle 32
26 MAR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

Andrés Zúñiga M.

SANTAS
F2 030000

2101210110695269

Contrato : 0300100000150149000102
Usuario : 1019902475-SEBASTIAN RAMIREZ TOBON
Medico : 52047001-PAOLA DURAN VENTURA
po Aut. : INSUMOS COMITA
Fecha Entrega: 15-MAR-13
Identificación : 49641378; 49641378

TOTAL BRUTO	\$698,600.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$698,600
IVA TOTAL	\$36,576
TOTAL A PAGAR	\$735,176.

MONTO: SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS
DÍGITOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Rayd Meron Montes		Firma: _____
Firma: _____		Nombre: _____
Apellido: _____		No. documento de Identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

PARA PRESENTAR CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
ORGANIZACION MEDICA



VALIDO POR 720 HORAS HASTA 14-APR-13

Funcionario Aprueba CASAFUS ALFONSO DENNIS LORENA
Cargo ASesor INTEG - AUX EXP VOL
Telefono
Elabora CADL
Ciudad BOGOTA (PRINCIPAL)
Fecha Impresion 15/03/2013:09:17

Formulario de datos personales y de contacto, incluyendo campos para Nombre, Fecha, y una sección de firmas y sellos.

Original
FIRMA Y SELLO
SERVICIOS MEDICOS CR
OFICINA CONSULTORIOS CRS

Volante Normal
Firma y sello de la oficina de servicios médicos.

RECUPERABLE ACTA 11001-20130116065 DE BOGOTA DEL 16/01/2013 VIGENCIA POR 6 MESES. 3RA ENTREGA ANEXAR ORDEN
ORD DRA. DURAN RM 52047001 # FARMACIA CALLE 95 # LANCETAS ONE TOUCH ULTRASOET. 100. CUBRIMIENTO POS X 100 POR
EDICA VIGENTE 3/6
CTC + RESERVORIOS DE 3 ML. 10 # SET DE INFUSION DE 6MM. 10

PRESENTER CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION
OBSERVACIONES

Servicio 697300049
Descripcion Servicio INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS
Denom Cant Unidad P 1 GENERICA

Formulario de datos de usuario y dirección, incluyendo campos para Nombre Usuario, Dirección, Municipio, y datos de contacto.

Nombre Usuario RAMIREZ TOBON, SEBASTIAN
Direccion CARRERA 48 # 142 A - 51 TRR. 2 AP.
Municipio (11001) BOGOTA
Departamento (11001) BOGOTA D.C.
E-Mail @
Antig 415-S A
Catalog Tel. Acudiente 2712214
Fec. Nacim 11/02/2005
Tel. Residencia 2712214
Identificacion T 1019902475
Contrato 30-10-160149-1-2
Identificacion N 800149695
Codigo C 52047001
Identificacion N 800149695
Codigo Puerta Ent. N
Telefono 99999999

Plan: (10) INTEGRAL
Compañia: EPS SANITAS
NIT: 8002514406
Codigo: EPS005
Num. Vol: 6703308

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Fecha: 15/03/2013:09:17
Formula med: S1000019761634
Depende: 49641378
Secuencia: 1



FUNDACION CARDIO INFANTIL

DRA. PAOLA DURAN

Endocrinología Pediátrica

Tel 6694588

Nombre: Sebastian Ramirez Tobon

Fecha: Eno 12/13

Dx : DMI

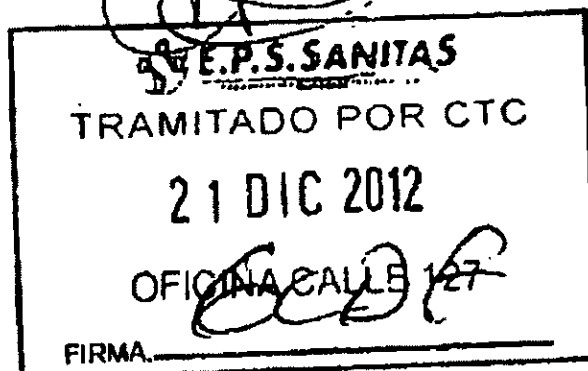
Cintillas de Glucometria #

Cintillas de Cetonuria #

Lancetas # 200 veces One touch

Jeringas Unidades # (1200 x 6 meses)

748404804

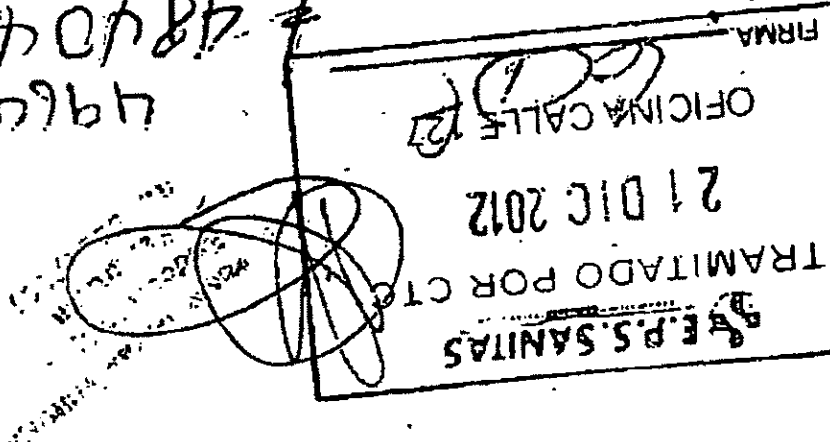


Handwritten signature
 CC 25152293
 ID 2532460

Nombre: Sebastian Ramirez Tobon
 Fecha: Enero 12 2013
 Dx: DM1

FUNDACION CARDIO INFANTIL
 DRA. PAOLA DURAN
 Endocrinología Pediátrica
 Tel 6694588

- 1) Reservorios de 3 ml
 Caja x 10 Unidad #1 (6 x 6 meses)
- 2) Set de Infusión de 6 mm
 Caja x 10 Unidades #1 (6 x 6 meses)
- 3) Sensores Enlite para medir glucosa
 Caja x 5 Unidades # 1 (6 x 6 meses)
- 4) ADHESIVOS IV 3000 # 10 (60 x 6 meses)



4964378
 48404804

[Handwritten signature]
 25152293
 2532460

Bogotá, 2013

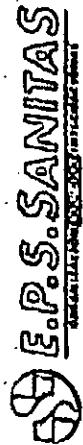
Nosotros Luz María Tobón C con C.C. No. 42.102.459 de Pereira y Mario Humberto Ramirez S. con C.C. No. 10.016.923 de Pereira padres de Sebastián Ramírez Tobón identificado con TI 1019902475, autorizamos Gloria Inés Cardona con C.C. No. 25.152.293 de Santa Rosa de Cabal, Abuela de Sebastián Ramírez T. para reclamar los medicamentos que nos entrega la EPS de su tratamientos de Diabetes Mellitus Tipo I.

Cordialmente,

Luz María
Luz María Tobón C.



Mario Humberto Ramirez S.



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social

Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061006

No Consecutivo recobro: 1320606101080

Tipo Radicación: 0

Numero Radicación anterior MYT01:

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101080 - 288383

CC / 78778610 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 78778610

Primer Apellido: MEJIA

Segundo Apellido: MEJIA

Primer Nombre: LAZARO

Segundo Nombre: NICOLAS

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuenta moderadora: E

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (SON)	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	MTI Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Regeneración	Valor Recobro
1	11061-20130206281	06/02/2013	22/01/2013	S	03/2013-02	20/03/2013	E109	100.00	800149695-1	FARMASANTAS SAS	82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00	\$ 1.448.670.00

Total Recobrador: \$ 1.448.670.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS			
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Numero del Similar	Frecuencia Uso	Tempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA	0.33	30	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA ACTA:	06/02/2013
---------	--------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 78624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Nombre de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ENRIQUE GUERRERO SANDOVAL	10257935	10257935
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

Historia Clínica: PACIENTE DE 38 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN EN MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCÉMICO. REQUIERE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTÁNEA DE NO ALCANZAR METAS.

Descripción del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUPS: 82133

Justificación: SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGÍA PRODUCIDA POR PATOLOGÍA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MEJIA LAZARO NICOLAS	78778810 /	30-10-638618-1-1

Diagnóstico: DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN

Código: E109

Historia del Caso: EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 38 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN EN MANEJO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN MAL CONTROL GLUCÉMICO. REQUIERE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DE GLUCEMIAS CON EL FIN DE MEJORAR CIFRAS DE CONTROL E INICIAR INSULINA SUBCUTÁNEA DE NO ALCANZAR METAS. SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGÍA PRODUCIDA POR LA PATOLOGÍA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU

Justificación de los Criterios de Autorización:

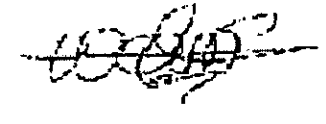
	Cumplimiento
a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios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

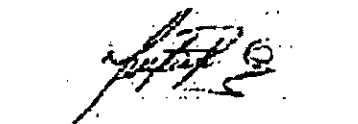
Decisión: A

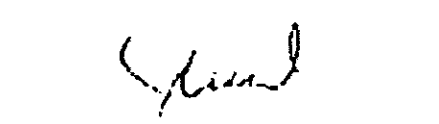
Justificación técnica y normativa: DEBE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

Indicador Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.140.895-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464522

SOMOS AFILIADOS DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23 Dic. 2004

Res. Faci DIAN No. 31000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001114478

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
21	03	2013

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

Referencia: 276983-21032013-25

ORIGINAL

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

19 06 2013

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

19 06 2013

DD MM AAAA

Documento de identificación

No. Nit. No. 800251440-6

SECCION / SUCURSAL

100 11B 67

CIUDAD

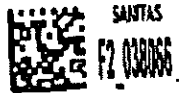
Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUOTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORIO INSULINA POD OMVPOD LIND CUM 0-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.00

CANCELADO


FACTURA
RECUPERABLE

 DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON COMPROBANTE DE EGRESO

 ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 OF. Calle 32
 26 MAR 2013
 RECIBIDO PARA SUSTITUIR
 No implica aceptación como Tercero Valor

 CANCELADO
 CC. 62.628.201
 AUDITORIA MEDICA
 ORGANIZACION SANTAS

2101210110695258

 Contrato : 0300100000638618000101
 Usuario : 79779610-LAZARO NICOLAS MEJIA MEJIA
 J. Medico : 10257935-JORGE ENRIQUE GUERRERO SANDOVAL
 Lpo Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega: 20-MAR-13
 Autorización : 49692191

TOTAL BRUTO \$1,448,670.

DESCUENTOS \$0

SUBTOTAL \$1,448,670

IVA TOTAL \$0

 MON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
 CIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR \$1,448,670.

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma:
Firma:		Nombre:
Nombre:		No. documento de identidad:
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA, CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
VALIDO POR 72 HORAS HASTA 22-MAR-13

Funcionario Aprueba
SANCHEZ PATINO, NATHALY
Oficina
Cuidad
Oficina Regional BOGOTA BOGOTA (PRINCIPAL)
Elabora
Fecha Impresion
SPN
ASesor INTEG - AUX-EXP VO
19/03/2013:10:04

FIRMA Y SELLO
Original

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS
Ricardo Hidalgo
cc= 79378350
tel= 6108950
20-03-2013

OBSERVACIONES
PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION
ORDENA DR GUERRERO RM. 10257935 # CALLE 95 # PODS PARA ADMINISTRACION DE INSULINA BOMBA OMNIPOD 104
CTC RECUPERABLE ACTA 11001-20130206291 BOGOTA DEL 06-02-2013 VIGENTE POR 6 MESES, 2/6 ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE

Compañia: EPS SANITAS	Nit: 8002514406	Codigo: EPS005	Telefono: 018000919100	Num_Vol: 6724582
Plan: (10) INTEGRAL				
Nombre Usuario	MEJIA MEJIA, LAZARO NICOLAS	Identificacion	Fec. Nacim.	Tel. Resid
Direccion	CARRERA 7 # 93 A - 35 TORRE C 30-10-638618-1-1 600-SA	Contrato	Antig Categ	Tel. Acudie
Municipio	(11001) BOGOTA	Departamento	E-Mail	
Medico Ordena	GUERRERO SANDOVAL, JORGE ENRIQ	C 10257935	Codigo	Puerta Ent
Medico Practica	FARMASANITAS SAS	Identificacion	Codigo	Telefono
Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante	
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL	
NO APLICA	Formula	Entregas		
Guia				
InsuMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P I GENERICA			
697300049	Servicio			
Descripcion Servicio				
Denomant Unidad				

Dr. JORGE E. GUERRERO S.
 MEDICO - DIABETOLOGO
 Correo electrónico: diainste@cable.net.co
 Web site: www.diabetesal instante.com

Clínica Reina Sofia
 Diag. 127 A N° 31 - 48 Cons. 216
 Teléfono citas: 6159699

Bogotá, D.C. ENERO 22 De 2013

Nombre del Paciente: LAZARO NICOLAS MEJIA MEJIA

Favor transcribir fórmula a formulario EPS:

Formula para 6 MESES (180 DIAS)

PODS para administrar la insulina por sistema de infusión continua de insulina por Bomba de Insulina Omnipod. # 60 (caja # 6 x 10 PODS)

DOSIS: CAMBIAR 1 POD CADA TERCER DÍA.

Ricardo Hidalgo S.
 CC = 79 378 750
 Tel = 6108750.
 20-03-2013.

DR. JORGE E. GUERRERO S.
 MED. DIABETOLOGO
 R.M. 189796-60
 U. DE COLOMBIA

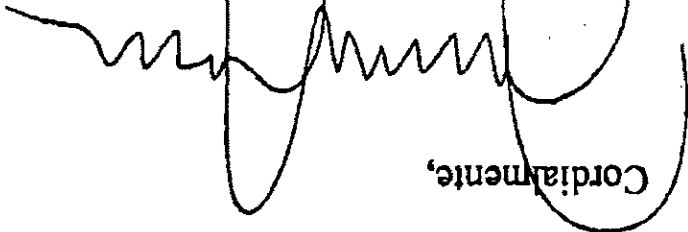
Señores
FARMA SANTAS
Bogotá

Estimados señores:

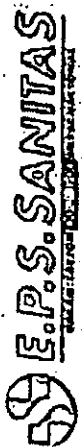
Por medio de la presente autorizo al Sr. Ricardo Hidalgo Tellez identificado con cédula de ciudadanía número 79.378.750 de Bogotá para que reclame y le sean entregados los medicamentos que se encuentren a mi nombre.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,


Nicolás Mejía Mejía
C.C. No. 79.779.610 de Bogotá

Ricardo Hidalgo T.
cc=79378750
tel. 6108750
20-03-2013



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 1320806101063

No Consecutivo recobro: 1320606101063

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320806101063 - 288383

CC / 3888284 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 39685294

Primer Apellido: GUARIN

Segundo Apellido: ZAMBRANO

Primer Nombre: SONIA

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: C

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semenas	NIT Proveedor
1	25307-20130311002	19/03/2013	13/02/2013	S	03/2013-01	FAR100000001110524	14/03/2013	29/03/2013	E109	100.00	800149695-1
RESERVORIO INSULINA MOD OMNIPOD											
									Código Medicamento Suministro o Prestación	Nombre Medicamento Suministro o Prestación	Valor Cota Moderadora / Copago / Recargación
									BC133	RESERVORIO INSULINA MOD OMNIPOD	\$ 2.300.00
									Valor Unitario	Valor Total	Valor Recobro
									\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	\$ 1.448.370.00
Total Recobrado: \$ 1.446.370.00											

IV.a. Datos medicamento, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Tempo Días	Valor Total
1	RESERVORIO INSULINA MOD OMNIPOD	PIEZA	0.33	30	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	0	0	0	\$ 0.00
SIMILAR O QUE REEMPLAZA: POS											
Valor Total \$ 0.00											

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	11/03/2013
---------	--------	-------------	------------

tes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
IN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547884	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702899

men de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
AM ROJAS GARCIA	19436051	19436051
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

men de la
ría Clínica

PACIENTE DE 49 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PO RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORAR CON REAJUSTE INSULINA NPH.

ficación del procedimiento/insuamo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUPS:	82133
ificación amento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

s de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
IN ZAMBRANO SONIA	39685284	30-10-875100-1-1

nóstico

Descripción:	Código
TES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

la del Caso:

EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 49 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION VARIOS AÑOS DE EVOLUCION POCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH. SE SOLICITA RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE

ficación de los Criterios de Autorización:

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

sición:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

ROBADA II: NEGADA

Justificación nica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL ME DICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

valente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Ir. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES- Res. DIAN No. 11944 23-Dic.-2004

Res. Fed. DIAN No. 31000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA /
FAR100000001110524

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAAA

19 03 2011

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

Referencia: 276314-19032013-37

ORIGINAL

Sucursal: 126_FARMA_CENTRO_CHIA

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

17 06 2011

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

po Nit. No. 800251440-6

17 06 2011

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELÉFONO

100 11B 67 ,

Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORIO INSULINA POD OMARPOD UNO CUNO-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.

CANCELADO

CANCELADO
 CANCELADO
 AUDITORIA MEDICA
 ORGANIZACIÓN SANTAS

AUDITORIA MEDICA
 ALTO COSTO
 DE Cuentas

FACTURA
RECOBRABLE
 DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON COMPROBANTE DE EGRESO

ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
 CUENTAS MEDICAS
 OF. Calle 32
 26 MAR 2013
 RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
 No implica aceptación de la factura

Andrés Zoa M

SANTAS
 F2 038079

intraco : 0300100000675100000101
 uario : 39685294-SONIA GUARIN ZAMBRANO
 l. Medico : 19436051-WILLIAM ROJAS GARCIA
 po Aut. : INSUMOS COMITÉ
 cha Entrega: 14-MAR-13
 torizacion : 49577221

TOTAL BRUTO \$1,448,670.

DESCUENTOS \$0

SUBTOTAL \$1,448,670

IVA TOTAL \$0

ON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
 EISCIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR \$1,448,670.

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

misor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
laborado por: Martha Saavedra Tiga		Firma: _____
		Nombre: _____
irma: _____		No. documento de identidad: _____
ombre: _____		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____



FACTURA DE VENTA

FARMASANITAS SAS

NIT 800,149,695

Calle 99 Nro. 12-24

Regimen Común

ACTIVIDAD ECONOMICA ICA 52311

Como Grandes Contribuyentes Según

Resolución No. 11944 Dic 24 de 2.004

Agentes Retenedores de IVA e ICA

FACTURA No. F218 60119
CUENCIA 12972513
FECHA y HORA 14/03/2013 1:56 PM
VENDEDOR Castiblanco Rocha Jeimy Alexandra
CIudad Chia
CURSAL 126_Farma_Centro_Chia
SECCION cc centro chia lc 1154
Caja No. 114

ENTE Entidad Promotora De Salud Sanitas Sa
IDENTIFICACION 800,251,440
ACTIVIDAD Recaudo Cuota Mod
RIFA Recaudo Cuota Mod
LIADO: 39685294
MBRE: Sonia Guarin Zambrano

DESCRIPCION	CAN	IVA	VALOR
Cuota Moderadora Eps	1	0%	2,300
Sanitas-C No AplicaNo	Intangible		
grupo			
TOTAL DESCUENTO.			0
TOTAL FACTURA			2,300

DETALLE DE IVA

P.	V/R COMPRA	BASE/IMP	IVA
6	2,300	2,300	0
TOTAL	2,300	2,300	0

DETALLE DE VENTA

FORMA	BANCO	No.	VÁLOR
Efectivo			2,300

Resolución DIAN: 310000060541

De 10/04/12

Rango de facturas por computador desde:

F218 - 50001 A: F218 - 160000

Ofertas y promociones sujetas a disponibilidad en nuestras tiendas

Aplicar condiciones y restricciones de las marcas

Los beneficios ya incluidos en el precio de venta Farmasanitas

NOMBRE Sonia Gaviria

IDENTIFICACION 39685294 EDAD 72

FECHA Feb 13,

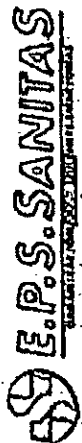
1. Reservas de insulina para Omnipod # 72.
Utilizar 1 reservorio cada 3 dias

2. Tirillas de Glucometer # 1080

Hacer glucometrias para ajuste de insulina 6 veces al dia

Formular para
6 meses

DR. WILLIAM ROJAS G.
ENDOCRINOLOGIA



I. Datos de Recibo

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante:
13206081006

No Consecutivo recibo:
1320608101077

Tipo Radicación:
1

Numero Radicación anterior MYT01:
0

II. Datos de la Entidad

CIE: 1320608101077 - 288383

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: RC

Numero de documento de identidad: 1107857784

Primer Apellido: DIAZ

Segundo Apellido: MOLINA

Segundo Nombre: NATHALIA

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota moderadora: B

IV. Detalle del recibo																				
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solución Médico	Periodo Sol (S/M)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semestral	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Global Medicaciones / Consumo / Recuperación	Valor Recibido
1	76001- 20130301043	01/02/2013	12/02/2013	S	03/2013-01	FAR100000000 1119744	21/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVOIRIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 8.100.00	\$ 170.800.00
2	76001- 20130301043	01/03/2013	12/02/2013	S	03/2013-01	FAR100000000 1119744	21/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	800149895-1	FARMASANTAS SAS	74502	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 640.800.00

IV a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS										SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS			
Item	Nombre	Prestación	Frecuencia Uso	Días Autorización	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Cantidad	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVOIRIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	0	0	0.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	0	0.00	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	01/03/2013
---------	------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
ON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

Nombre de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:		
Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
LO MOSQUERA MARIO	80504709	2624-01
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	
PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON MULTIPLES ESQUEMAS DE INSULINA, QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CON MAL CONTROL GLUCEMICO QUE REQUIERE CAMBIO DE TRATAMIENTO.		

Especificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
E INFUSION 8 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	30	90

CUPS:	74502
Justificación de la solicitud de medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Identificación del Usuario:		
Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MOLINA NATHALIA	1107857784	30-10-957415-1-3

Código	
Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

Historia del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON MULTIPLES ESQUEMAS DE INSULINA, QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CON MAL CONTROL GLUCEMICO QUE REQUIERE CAMBIO DE TRATAMIENTO. SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.
--------------------	--

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

Decisión:		A
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:		A

Justificación técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

Procedimiento Terapéutico:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	CALI	FECHA ACTA:	01/03/2013
---------	------	-------------	------------

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

Nombre de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
LO MOSQUERA MARIO	80504709	2824-01
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
2013	CTC AMBULATORIO	

Historia Clínica: PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON MÚLTIPLES ESQUEMAS DE INSULINA, QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CON MAL CONTROL GLICÉMICO QUE REQUIERE CAMBIO DE TRATAMIENTO.

Justificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	30	90

CUPS:	74501
Justificación No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MOLINA NATHALIA	1107857784	30-10-857415-1-3

Diagnóstico	Descripción:	Código
	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109

Historia del Caso: EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON MÚLTIPLES ESQUEMAS DE INSULINA, QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA CON MAL CONTROL GLICÉMICO QUE REQUIERE CAMBIO DE TRATAMIENTO. SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

Justificación de los Criterios de Autorización:

Justificación de los Criterios de Autorización:	Cumplimiento
a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.	SI
b) Solo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma, la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el INVIMA en el registro sanitario otorgado al producto.	SI
c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclinica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.	SI
d) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.	SI
Parágrafo: En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 18 de la Ley 1438 de 2010 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.	SI

Decisión:	Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
-----------	---	---

ROBADA	N: NEGADA
Justificación técnica y normativa	DESPUÉS DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

Equivalente Terapéutico:	Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron Peña

Dr. Wilson Baron Peña
Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo

Dra. Margarita Maria Giraldo
Representante IPS

Amparo Castro Pinzon

Sra. Amparo Castro Pinzon
Representante de Usuarios

Nombre: _____ Firma: _____ Laborado por: Jenaro Vanegas Cortes	Datos de quien recibe a conformidad Firma: _____ Nombre: _____ No. documento de identidad: _____ Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____
--	--

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

CC. 62.028.201 AUDITORIA MEDICA ORGANIZACION SANTA		UNICATO : 0300100000957415000103 Medico : 1107857784 -NATHALIA DIAZ MOLINA Medico : 890324177-FUNDACION VALLE DE LILI ipo Aut. : INSUMOS COMITE Fecha Entrega : 21-MAR-13 utorizacion : 49396909		ON: SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE.....	
\$703,330	TOTAL BRUTO	DESCUENTOS	SUBTOTAL	IVA TOTAL	TOTAL A PAGAR
\$0			\$703,330	\$28,800	\$732,130

contrato : 03001000000957415000103
avaliado : 1107857784-NATALIA DIAZ MOLINA
tipo medico : 890324177-FUNDACION VALDE DE LILI
tipo aux : INSUMOS COMITE
fecha entrega : 21-MAR-13
utilizacion : 49396909

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO.	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
1A2	APPOSITO OP SITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SANTAS A	SIN	10	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$53,330
101	RESERVORIO BOMBA MISTURA REF BMT-302A CAL X 10	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
502	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF BMT-338 CAL X 10 QUICK	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000
CANCELADO								

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
26 MAR 2013
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
 OF. CALLE 32
 CUENTAS MEDICAS
 No implica aceptacion como Tivulo Valor.

FACTURA
RECOPILABLE
 DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON COMPROBANTE DE EGRESO

2101210110717068

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA		Credito		CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO	
		X	Contado	DD	MM	AAA	
				20	06	201	
Documento de Identificación		No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL			
No. NIT. 800251440-6				DD	MM	AAA	
				20	06	201	

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - REG. DIAN No. 1944-23-DC-2004
SÓLOS RETENEDORES DE IVA
Res. Fed. DIAN No. 31000053645 de 2004/V02/01 del FARI-1 al FARI-1-500 000
IVA REGIMEN COMUN
ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4, 14 X 100

FACTURA DE VENTA		FAR100000001119744	
FECHA DE EXPEDICIÓN	DD	MM	AAAA
	22	03	201

FARMASANTAS SAS

farmstead

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

49396909

Página No: 1 / 1

Solicitud: 49396909

Fecha: 07/03/2013:11:14

Depende:

Formula med: SI0000019475562

Secuencia:

Compania: EPS SANTAS

Nit: 8002514406

Codigo: EPS005

Plan: (10) INTEGRAL

Telefono: 018000919100

Num_Vol: 1974571

Nombre Usuario
DIAZ_MOLINA,NATHALIA_Identificacion
R 1107857784Fec.Nacim
13/09/2009Tel.Residencia
4460178Direccion
CALLE 70 # 1 A - 14 CL 70 NO 1A-1Contrato
30-10-957415-1-3Antig
178-SCateg
B

Tel.Acudiente

Municipio
(76001)CALI

Departamento

E-Mail
@Medico Ordena
FUNDACION VALLE DE LILIIdentificacion
N 890324177

Codigo

Puerta Ent.
NMedico Practica
FARMASANITAS SASIdentificacion
N 800149695

Codigo

Telefono
9999999Tipo Proced
RAPEUTICOClase
FALugar
AMBULATORIOTipo Volante
PRINCIPALGuia
NO APLICAFormula
AEntregas
1Servicio
697300056Descripción Servicio
INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITASDenom Cant Unidad
P 1 GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNÉ Y OOC. DE IDENTIFICACIÓN
ANEXAR CUOTA MODERADORACTC AMBULATORIO RAOICA CAROLINA QUINTERO CAU MP
CTC RECOBRABLE ACTA 76001-20130301043 DEL 01/03/13 //1A DE TRES // ORD MARIO ANGULO#FARMASANITAS CALI#ADHESIVOS
IV 3000 10#SET INFUSION DE 6MM 10#RESERVORIO DE 3ML CAJA 10 10FARMASANITAS
PREPAGO
ENTRENTE
08 MAR 2013

VOLANTE NORMAL

EPS SANTAS
SERVICIOS MEDICOSFIRMA Y SELLO
OriginalFuncionario Aprueba
VASQUEZ_RAMOS,JAQUELINE_Oficina
CALI - PRINCIPALCiudad
CALI (PRINCIPAL)Cargo
SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL 3

Telefono

Elabora
VRJFecha Impresion
04/03/2013:18:02

VALIDO POR 720

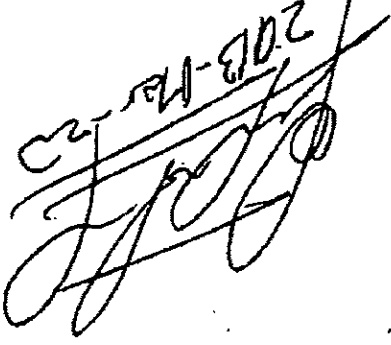
HORAS HASTA 03-APR-13

PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR CARNÉ MEDICA,
CARNÉ Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

OTC
SERVICIOS MEDICOS
290213
SERVICIOS SANITARIOS

Valencia, 3 de mayo

Adhucos IV300 #30
Set de infusion de 6mm c/10 #5
Reservorio de 3ml c/10 #3
Siringa (ml) c/10 #3


2003-12-20

Nombre:

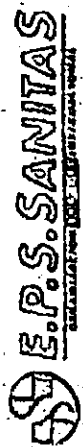
N. H. J. D. 11

Fecha:

12/12/2013

Av. Simón Bolívar Cra. 98 No. 10-49
Pbx: 331 90 90 / Fax: 331 74 89
www.valladolid.org
Call - Colombia





I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 1320606101090

No Consecutivo recobro: 1320606101090

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101090 - 288383

CC / 63339411 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 63339411

Primer Apellido: DURAN

Segundo Apellido: FRANCO

Primer Nombre: ALBA

Segundo Nombre: LUCIA

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(s) Cancelado(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicinal(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3

Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01): 0

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago Recobro	Valor Recobro
1	19901-20130212008	12/02/2013	18/01/2013	N	03/2013-01	FAR1000000001111488	11/03/2013	26/03/2013	G560	100.00	800140695-1	FARMASANITAS SAS	23536	BRACE DE MUÑECA FERULA DERECHO REF 18480	IN	1	\$ 16.800,00	\$ 16.800,00	\$ 0,00	\$ 16.800,00
2	19901-20130212008	12/02/2013	18/01/2013	N	03/2013-01	FAR1000000001111488	11/03/2013	26/03/2013	G560	100.00	800140695-1	FARMASANITAS SAS	23536	BRACE MUÑECA FERULA IZQUIERDO	IN	1	\$ 16.800,00	\$ 16.800,00	\$ 0,00	\$ 16.800,00

Total Recobrado: \$ 33.600,00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Prescripción	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	BRACE DE MUÑECA FERULA DERECHO REF 18480	BOLSA	1.00	30	1	\$ 16.800,00	\$ 16.800,00	0		0.00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00
2	BRACE MUÑECA FERULA IZQUIERDO	BOLSA	1.00	1	1	\$ 16.800,00	\$ 16.800,00	0		0.00	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD:	CALI
---------	------

FECHA ACTA:	12/02/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
VIDAL BARRAGAN REGULO ANDRES	76306673	06520
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DDMM/AAAA)	TIPO	
18/01/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 45 AÑOS QUE REFIERE DIFICULTAD PARA FLEXIONAR Y DIFICULTAD PARA LA EXTENSIÓN DE LAS ZONAS COMPROMETIDAS. EN LA FAMILIA CON ANTECEDENTES DE FIEBRE REUMÁTICA. SE SOLICITAN FERULAS STC BILATERAL PARA CONTROL DE SINTOMATOLOGÍA.
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
BRACE PARA MUÑECA PARA SINDROME DE TUNEL DEL CARPO	DIAGNOSTICO	N/A	0,0111	2	180

CUMS, CUPS:

23536

Justificación Medicamento No POS:	LA FUNCIÓN DE LA FERULA ES LA INMOVILIZACIÓN DE LA MUÑECA EN NEUTRO. SUELEN SER UTILIZADAS PARA CASOS DE INMOVILIZACIÓN, SOBRE TODO FRACTURAS Y ESGUINCES. YA QUE SE REQUIERE QUE LA ZONA SE ENCUENTRE TOTALMENTE INMOVILIZADA. Y ES NECESARIO PARA QUE ESTO OCURRA QUE LA FERULA SEA LO SUFICIENTEMENTE RÍGIDA PARA MANTENER EL ÁREA EN POSICIÓN. LAS SEMIRRÍGIDAS SE EMPLEAN NORMALMENTE PARA TRATAR ESGUINCES.
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
DURAN FRANCO ALBA LUCIA	63339411	0

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
SINDROME DEL TUNEL CARIANO	G560
Análisis del Caso:	PACIENTE QUE REQUIERE INICIAR TRATAMIENTO CON FERULAS STC PARA CONTROL Y MANEJO DE SU PATOLOGÍA DE BASE.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:	A
---	---

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron
 Dr. Wilson Baron Peña
 Representante EPS Sanitas

Margarita Maria Giraldo
 Dra. Margarita Maria Giraldo
 Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
 Sra. Amparo Castro Pinzon
 Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX 6466060 Fax 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic.-2004

Res. Fac. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR 1-1 al FAR 1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001111488

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
19	03	2013

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

Referencia: 276414-19032013-27

Sucursal: 117_FARMA_POPAYAN

ORIGINAL

ENORES ENTIDAD PRDMOTORA DE SALUO SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

Crédito Contado

X

FECHA DE VENCIMIENTO

DD MM AAAA

17 06 2013

Documento de Identificación

No. NIT. No. 800251440-6

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

17 06 2013

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

100 11B 67

CIUDAD

Bogota, Bogota D.C., Colombia

TELEFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
36	BRACE DE MUÑECA FERRULA DERECHO REF 18480 UNO KAMEX TALLA M CUM-0-00	BOL	1	\$16,800.00	\$0.00	0	\$0.00	\$16,800.00
37	BRACE MUÑECA FERRULA IZQUIERDO REF 18481 KAMEX UNO CUM-0-00	BOL	1	\$16,800.00	\$0.00	0	\$0.00	\$16,800.00

AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
EES
26 MAR 2013
KAMERON

CANCELADO



FACTURA RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
Calle 32
26 MAR 2013
No implica el pago de su Valor.

Diana F. Rodriguez

Incrato : 0300100001012618000103
uario : 63339411-ALBA LUCIA DURAN FRANCO
l.Medico : 900291155-CLINICA DE FRACTURAS CAUCA S.A.S
po Aut. : INSUMOS COMITÉ
cha Entrega: 11-MAR-13
torizacion : 49032730

TOTAL BRUTO	\$33,600.00
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$33,600
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$33,600

ON: TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS CON 00/100 MONEDA
ORRIENTE*****

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

Factura por Computador.

Emisor:

Firma de quien emite:

Elaborado por: Leidy Zerdas Puentes

Firma:

Nombre:

No. documento de identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Firma:

Firma:

Original Cliente - Contabilidad: 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página

1 de

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 18-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprueba
GAMBA VELANDIA SANDRA PPO POPAYAN
Cargo
SUPERV-COORD DIRECTOR- A
DCC
08/03/2013:10:50
ORGANIZACION SANITARIA INTEGRAL POPAYAN
Ciudad

Original

FIRMA Y SELLO

63339411
Héctor 11/2013

Alba Lucio Arce Fario

TEL: 83630056
CTC RECOPRABLE ACTA N. 19001-20130212008 CAUCA DEL 12/2/2013 VIGENTE
POR 6 MESES UNICA ENTREGA ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE
CTC RECOPRABLE#ORD: DR VIDAL (FISIATRA) #RECLAMA FARMASANITAS
POPAYAN# FERULAS STC BILATERAL#

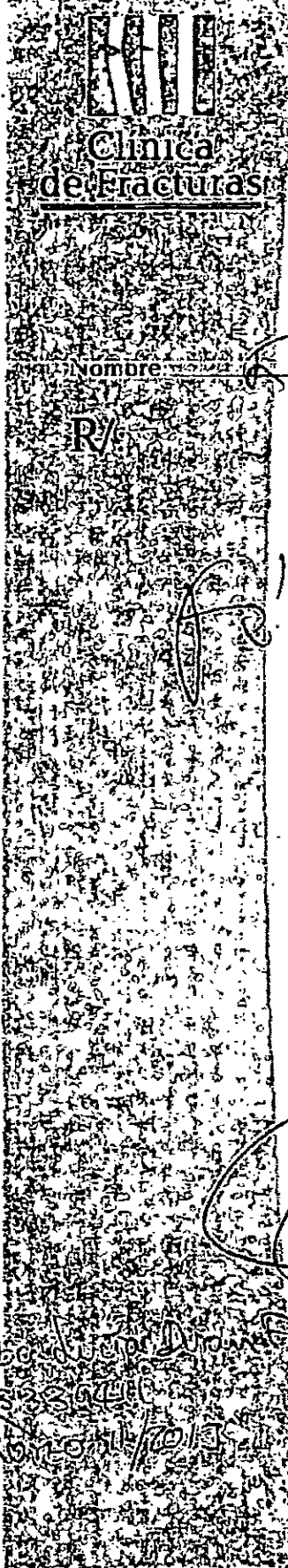
ANEXAR CUOTA MODERADORA
CTC RECOPRABLE ACTA #
PRESENTAR CARN Y DOC. DE IDENTIFICACION

OBSERVACIONES

Servicio	Descripcion Servicio	Donaunt Unidad
696300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P 1

Tipo Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
TERAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
NO APLICA	P	Entregas	
Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
CLINICA DE FRACTURAS CAUCA S. N 90029155	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	Identificacion	Codigo	9999999

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Solicitud: 49032730
Fecha: 16/02/2013:02:44
Depende:
Sequencia:
19001-20130212008 CAUCA DEL 12/2/2013
Compania:EPS SANITAS
Plan:(10) INTEGRAL
Telefono:018000919100 Num_Vol: 24954
Nombre Usuario
DURAN FRANCO, ALBA LUCIA
Identificacion C 63339411
Fec.Nacim 02/09/1967 8204440
Tel.Resid
Direccion
CALLE 17 A N # 16 A - 18 LAUR 30-10-1012618-1- 239-SA
Municipio
(19001)POPAYAN
Departamento
E-Mail
83630056
Pag No:1 / 1



12 ENE. 2013.

Fecha: _____

Nombre: _____

R/

6339411

fractura STL

Bellido

FPS SANITAS S.A.
S.A. DE C.V. MEDICINA

Dr. Andrés Vidal
MEDICO FISIATRA
MANEJO DEL DOLOR
ELECTRODIAGNOSTICO
Res. 032 - C.C. 763557
Clínica de Fracturas
Universidad del Valle

X Al doctor Dr. Vidal
6339411
12/01/2013

Calle 16N No. 6-16 Teléfono: 8367484 Cel: 312 7794254
Popayán, Cauca



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

I. Datos del Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad reclamante: 13206061005

No Consecutivo recobro: 1320606101096

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101096 - 268383

TI / 1126248038 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: TI

Numero de documento de identidad: 1125248035

Primer Apellido: DUQUE

Segundo Apellido: HERRERA

Primer Nombre: MARIA

Segundo Nombre: FERNANDA

Tipo de afiliación: B

Nivel de cuota modadora: E

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NTI Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	11001-2013010318	03/01/2013	03/01/2013	S	03/2013-03	FAR100000000	1112118	100.00	800146695-1	FARMASANITAS SAS	82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN	10	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	\$ 0.00	\$ 1.448.670.00

Total Recobrado: \$ 1.448.670.00

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

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA	0.33	30	\$ 144.867.00	\$ 1.448.670.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Cupón(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formulas Medicat(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01) 0

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	03/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DIEGO OSORNO CHICA	9764040	9764040
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
03/01/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIÉN NO LOGRO METAS CON INSULINA BASAL
--------------------------------	--

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	TRATAMIENTO	N/A	0,33	60	180

CUMS, CUPS:

82133

Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
DUQUE HERRERA MARIA FERNANDA	1125248035	30-10-618351-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION QUIEN NO LOGRO METAS CON INSULINA BASAL SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR CONTROL DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS
--------------------	--

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

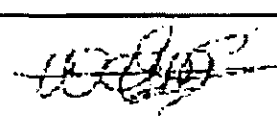
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

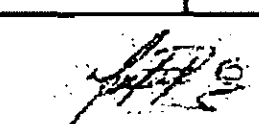
A: APROBADA N: NEGADA

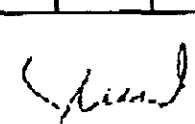
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6484522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No.31000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001112119

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

20 03 201

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

Referencia: 276575-20032013-18

ORIGIN:

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

18 06 201

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No Nit. No. 800251440-6

18 06 201

DD MM AA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

100 11B 67

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORIO INSULINA POD QMHPD UND CUM 9-00	PZA	10	\$144.867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670

CANCELADO

FACTURA RECUPERABLE
 VOLVER A AUDITORIA MEDICA
 CON COMPROBANTE DE EGRESO
 FIRMA:

ORGANIZACION SANTAS INTERASASAS
 CUENTAS MEDICAS
 OF. Calle 32
26 MAR 2013
 RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
 No implica aceptación como título valor.

SANDRA GAMA MORENO
 CC 32.028.201
 AUDITORIA MEDICA

Andrés Zamora

2101210110695327

Telefono : 0300100000616351000103
 Usuario : 1125248035-MARIA FERNANDA DUQUE HERRERA
 Medico : 800149384-CLINICA COLSANITAS S.A.
 po Aut. : INSUMOS COMITÉ
 Fecha Entrega: 18-MAR-13
 Autorización : 49686675

TOTAL BRUTO \$1,448,670.

DESCUENTOS \$0

SUBTOTAL \$1,448,670

IVA TOTAL \$0

 MON: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
 CIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR \$1,448,670

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma:
		Nombre:
Fecha:		No. documento de identidad:
Nombre:		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

[illegible]

1201510

FIRMA Y SELLO

EPS SANTAS
SERVICIOS MEDICOS
OFICINA TUTELAS
BOGOTÁ D.C

BOGOTA D.C

71-50-01-13

৪। ২৮৫৬ ৩ ১৩

RECUPERABLE ACTA BOGOTÁ 1801-20130103319 03/01/2013 VIGENTE
(6) MESES TERCERA ENTREGA 3/6 ANEXAR FORMULA MEDICA VIGENTE
DIA DE HOGUIN RM 19427107 # CALLE 146 # PODS PARA USO CON BOMBA
FABRICA DE INSULINA DE OMNIPOD 110

REFERENCES

servicio	descripcion servicio	denominacion	unidad
7300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANTAS	P	1 GENERICA

Nombre Usuario	Identificación	Fec.Nacim	Tel.Resid	Antig.Categ	Tel.Acudie
RUIZ-HERRERA, MARIA-FERNANDA	T 1125248035	26/03/2004	25922980	Contrato	30-10-616351-1-3 439-SA
Municipio	Departamento	E-Mail	(11001)BOGOTA D. C.		
Recepcion	LE 141 N 15				
Orden de	Identificación	Código	Puerta Ent	N	Telefono
Medico Practica	C 19427187	Identificación	Código	99999999	99999999
KMASANTAS SAS	N 800149695	Identificación	Código		
Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante		
KAPEUTICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL		
Formula	A	Entregas			

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
 Pag No:1 /
 Fecha: 18/03/2013:17:47
 Formula med:000019760672
 Codigo de medicamento:
 CTO RECUPERABLE ACTA BOGOTÁ 1001-20130103319 03
 Nit:0002514406 Codigo:EFS005
 Telefono:018000919100 Num_Vol: 6722500
 Empresa:EFS SANITAS
 Plan:(10) INTEGRAL



DIEGO HOLGUIN MD.
DIABETÓLOGO U

Nombre:

M^a Fernanda

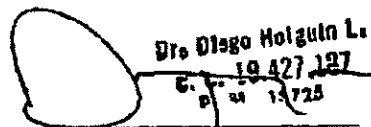
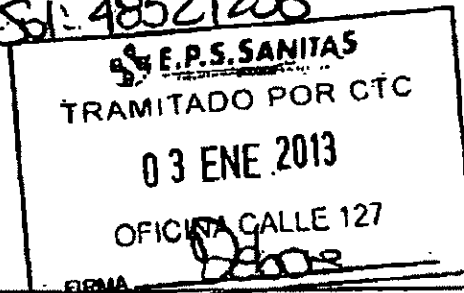
Fecha:

Enero - 3-1-2013

R./ FÓRMULA PARA 6 MESES
DM tipo 1

Pods. para uso con bomba
insulínica de insulina
de Omnipod $\pm$ 10 días
Cambio cada 3 días

Paciente con Diabetes
tipo 1 no puede
interrumpir el tratamiento
Sol: 48521238



AV. CLL 127 No. 21 - 60 Tels. 6272046 - 6159000 - 3108805703 die.holguin@gmail.com
Cons. 309 Reina Sofía

V. Holguin
ce 4173886
tel. 0377219
fecha 18-0313



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061006

No Consecutivo recobro: 1320606101101

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101101 - 268383

CC / 71761846 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 71761846

Primer Apellido: HENAD

Segundo Apellido: GALVIS

Primer Nombre: JUAN

Segundo Nombre: DIEGO

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Periodo Suministro (SN)	Periodo Suministro (SN)	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Fatura	Código Diagnóstico (DIE)	% Semanas	NET Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	111-2012104174	12/10/2012	S	03/2013-06	FAR100000000 1114670	2003/2013	26/03/2013	E149	100.00	800146695-1	FARMASANITAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	\$ 0.00	\$ 180.000.00
2	111-2012104174	12/10/2012	S	03/2013-06	FAR100000000 1114670	2003/2013	26/03/2013	E149	100.00	800146695-1	FARMASANITAS SAS	10240	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	111-2012104174	12/10/2012	S	03/2013-06	FAR100000000 1114670	2003/2013	26/03/2013	E149	100.00	800146695-1	FARMASANITAS SAS	82629	SET INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 3.035.000.00

IV a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 18.000.00	\$ 180.000.00	0	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	0	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	12/10/2012
-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41939381	63-1983
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
04/10/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	"PACIENTE DE 36 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN TIPO 1 CON MAL CONTROL METABOLICO Y CON ALTA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA, REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR ROGRESION DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGIA."
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA	TRATAMIENTO	N/A	0.33	60	180

CUMS, CUPS:	74501
Justificación Medicamento No POS:	"SE SOLICITA INSUMO RESERVORIOS DE 3 ML PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES."

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JUAN DIEGO HENAO GALVIS	71761846 /	30-10-495971-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E149

Análisis del Caso:	"EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACION TIPO 1 CON MAL CONTROL METABOLICO Y CON ALTA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA, REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR ROGRESION DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGIA. SE SOLICITA INSUMO RESERVORIOS DE 3 ML PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES."
--------------------	--

6. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A. APROBADA H. NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	12/10/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41939381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
04/10/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 36 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION TIPO 1 CON MAL CONTROL METABOLICO Y CON ALTA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR REGRESION DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGIA.
--------------------------------	--

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	TRATAMIENTO	N/A	0,17	30	180

CUMS, CUPS: 103240

Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA INSUMO SENSORES ENLITE PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES.
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
JUAN DIEGO HENAO GALVIS	71761846	30-10-495971-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION		E149
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION TIPO 1 CON MAL CONTROL METABOLICO Y CON ALTA VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR REGRESION DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGIA. SE SOLICITA INSUMO SENSORES ENLITE PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD EVITANDO COMPLICACIONES.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE SPUESE DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Santitas

Dr. Marco Fidel Perez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios

N/A	Procedimiento / Insumo	N/A	Objetivo	N/A	Motivo	N/A	Frecuencia de uso	N/A	Cantidad	N/A	Tiempo
-----	------------------------	-----	----------	-----	--------	-----	-------------------	-----	----------	-----	--------

7. Equivalente Terapéutico:

Justificación
Técnica y normativa

DE SPUI 3 DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DEFENIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

A. APROBADA N. NEGADA

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/Insumo:

A

8. Justificación:

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

9. Verificación de los Criterios de Autorización:

Descripción:	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN
Código	E149
Análisis del Caso:	EL COMITÉ, DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN. REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR REGRESIÓN DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA. VARIABLIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA, REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR REGRESIÓN DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA. SE SOLICITA INSUMO SET DE INFUSIÓN DE 6 MM PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES.

10. Diagnóstico

Nombre y Apellidos	Diego HENAO GALVIS
Documento de identificación	71781848
Contrato	30-10-485971-1-1

11. Datos de identificación del Usuario:

Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA INSUMO SET DE INFUSIÓN DE 6 MM PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA CON EL FIN DE MEJORAR Y CONTROLAR DE LA ENFERMEDAD, EVITANDO COMPLICACIONES.
CUMS, CUPS:	82629
Procedimiento / Insumo	SET INFUSION BOMBA INSULINA
Objetivo	N/A
Motivo	0.33
Frecuencia de uso	60
Cantidad	180
Tiempo	
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 36 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN TIPO 1 CON MAL CONTROL METABOLICO Y CON ALTA VARIABLIDAD DE LOS NIVELES DE GLUCOSA, REQUIERE DE TRATAMIENTO PARA REDUCIR REGRESIÓN DE ENFERMEDAD Y DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA.
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	04/10/2012
Nombre y Apellido del Médico Tratante	CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO
Documento de identificación	41939381
Registro Médico	63-1883
Tipo	CTC AMBULATORIO

12. Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Representante EPS Santitas	WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894
Representante IPS	MARCO FIDEL PEREZ CC 78624657
Representante de Usuarios	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

Asistentes

Ciudad:	BOGOTÁ
Fecha Acta:	12/10/2012

E.P.S. SANTITAS

1. Nº Acta: 111-2012104174



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 1224 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No.310000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1.600.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA 80607A 5231. TARIFA ICA 4.14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001114670

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAA

21 03 20

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

Referencia: 277005-21032013-25

ORIGIN

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAA

X

19 06 20

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No. Nit. No. 800251440-6

19 06 20

DD MM AAA

RECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

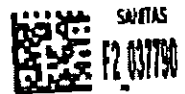
- 100 118 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
342	APOSITO OPEITE IV 3000 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & NEPHEW SOB X 1 CUM-0-00	SIN	10	\$5,333.00	\$0.00	0	\$0.00	\$53,330
501	RESERVORO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 18 PARADIGMA 3.0ML CUM-0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000
3240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7008A CAJ X 5 CUM-0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000
52	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ X 18 QUICK 6X23 CUM-0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000

CANCELADO



ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
Of. Calle 32
26 MAR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
Implica aceptación en su totalidad

Diana F. Rodríguez

FACTURA RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

Contrato : 0300100000495971000101
Usuario : 71761846-JUAN DIEGO KENAO GALVIS
Medico : 800149384-CLINICA COLSANITAS S.A.
No Aut. : INSUMOS COMPLETOS
Fecha Entrega: 20-MAR-13
Autorizacion : 49654455

TOTAL BRUTO	\$3,088,330
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$3,088,330
IVA TOTAL	\$28,800
TOTAL A PAGAR	\$3,117,130

MON: TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO TREINTA
DIEZOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Emisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Yelbi Trujillo Lamilla	DIANA FERNANDA BELTRAN CC 52828163 Enfermera Auditor Junior	Firma: _____ Nombre: _____
Firma: _____	ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL	No. documento de Identidad: _____
Nombre: _____		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad, 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 14-APR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNÉ Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprueba
Oficina
Ciudad
ASTRO_NUNEZ, SANDRA YANET OFICINA EPS JAVESALUD ROSOTA (PRINCIPAL)
CARGO
ASTRO_NUNEZ, SANDRA YANET OFICINA EPS JAVESALUD ROSOTA (PRINCIPAL)
15/03/2013:16:39

ORIGIN

FIRMA Y SELLO

SERVICIOS MEDICOS
CLINICA VITALUD

OBSERVACIONES
 PRESENTAR CARN[#] Y DOC. DE IDENTIFICACION
 L 12/10/2012*SEXIA DE 6#ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE ORDENA DRA GOMEZ
 3-1893 #CALLE 95 # SENSOSES ENLITE *5# RESERVORIO DE 3ML *10#SET
 INFUSION DE 6MW *10# IV 3000 ADHESIIVOS *10

servicio	Description Servicio	Donant Unidad
17300049	INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS	P 1 GENERICA

Nombre Usuario	Identificación	Fec.Nacim	Tel.Resid
NAD GALVIS, JUAN DIEGO	C 71761846	18/07/1976	6332113
Preccion	Contrato	Antig Categ	Tel.Acudie
ARRERA 49 # 124 - 71 APT 503	30-10-495971-1-1	518-SC	
Municipio	Departamento	E-Mail	
(1001)BOGOTI	(11001)BOGOTA D.	Juandieg@hotmail.com	
Indico Ordena	Identificación	Codigo	Puerta Ent
INICA COLSANITAS S.A.	N 800149384	N	
Indico Practica	Identificación	Codigo	Telefono
IRMASANTAS SAS	N 800149695		99999999
po Proced	Clase	Lugar	Tipo Volante
RAPETICO	FA	AMBULATORIO	PRINCIPAL
Formula	A	Entregas	I

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
 Pag No: 1 / 1
 Id: 49654455
 Fecha: 15/03/2013:16:39
 Formula med: 000019776529
 Cuentas:
 CTC RECORRABLE ACTA 80607A D.C-111-2012104174
 Impantia: EPS SANITAS
 Nit: 8002514406 Codigo: EPS005
 Telefono: 018000319100 Num_Vol: 6708487
 an: (10) INTEGRAL

Exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

Para uso exclusivo de afiliados a la EPS Sanitas

28/09/2012

FECHA: 28/09/2012

RE: Juan Diego Henao Gelvis

NOMBRE: Juan Diego Henao Gelvis

CC: 71761846

CC: 71761846

eservuavos de 3ml
ua bomba de
insulina
Caja x 10 unidades
Caja

+
(uno x m+)

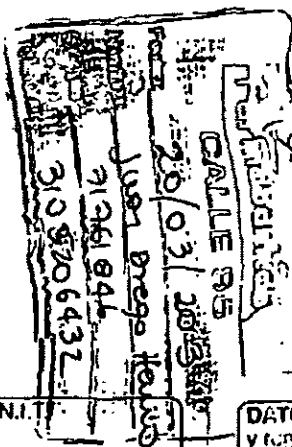
① Set de infusión de 6 mm
ua bomba de insulina
Caja x 10 unidades

Caja

+
(uno x m+)

mula para 6 meses

mula para 6 meses



EL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. profesional)

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. y lugar profesional)

Dr. Carlos M. Gómez G.
Especialista
R.M. 63-1990

Dr. Carlos M. Gómez G.
Especialista
R.M. 63-1990

FECHA: 28/09/2012

NOMBRE: Juan Diego Franco Gálvez

CC: 71761846

(x mts)

Colg

L

① Sensores entre
para medir glusos
Colg x 5 unidades

Formuls por 6 mos

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o N.I.T. y registro profesional)

Dra. Linda N. López
C.C. 13.140.140

28/09/2012

RE: Juan Diego Franco Gálvez

CC: 71761846

Adhesivos
IV 3000

10 unidades
(x mts)

Formuls por 6 mos

DATOS DEL PRESTADOR (Nombre, documento de identidad o profesional)

Fernandes
CALLE 95
20/03/2012
Fecha: 20/03/2012
Nombre: Juan Diego Franco Gálvez
Cédula: 71761846
N.º de afiliación: 310810667



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radiaciones de entidad radiante:	13206081006
No Consecutivo recobro:	1320608101105
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

II. Datos de la Entidad

Código SNS:	EPS005
Razon Social:	EPS SANITAS SA
CIE:	1320608101105 - 268383
TI/8811031348 / M-08-13	

III. Datos del afiliado

Tipo de documento:	TI	Numero de documento de identidad:	95111031348
Primer Apellido:	MARTINEZ	Segundo Apellido:	GUZMAN
Tipo de afiliación:	B	Primer Nombre:	WILLIS
		Segundo Nombre:	RICARDO
		Nivel de cuota moderadora:	E

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (SRN)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item
1	111-2012083281	13/08/2012	08/08/2012	S	03/2013-08	FAR100000001108455	18/03/2013	26/03/2013	E109	100.00	900148895-1	FARMASANTAS SAS	82133	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	IN

Total Recobrado: \$ 2.897.340,00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS									
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Numero del Similar	Valor Total
1	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD	PIEZA	0.67	30	\$ 144.867,00	\$ 2.897.340,00	0	0	\$ 0,00

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copla(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Medicinal(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposo Acta de CTC	0	
(Formato MYT-01)		

VI. Detalle del recobro

Valor Cuidado Medicación / Copago / Recupración	Valor Total	Valor Unitario	Valor Total	Valor Recobro
\$ 0,00	\$ 2.897.340,00	\$ 144.867,00	\$ 2.897.340,00	\$ 2.897.340,00

Ciudad:	BOGOTÁ
---------	--------

Fecha Acta:	13/08/2012
-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC-79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
TERESITA CORTES CORTES	51759456	7936188
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
06/08/2012	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR PICOS DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON SINDROME CONVULSIVO.	

Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	TRATAMIENTO	N/A	0,06	20	360

CUMS, CUPS:	82133
Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR PICOS DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON SINDROME CONVULSIVO SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
WILLIS RICARDO MARTINEZ	95111031348	30-10-829586-1-4

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CON CUADRO CLINICO DE PRESENTAR PICOS DE HIPOGLUCEMIA SEVERA CON SINDROME CONVULSIVO SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD POR QUE ES UN INSUMO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

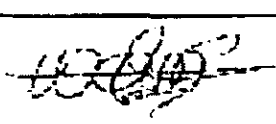
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

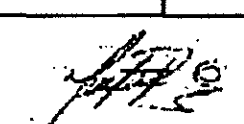
A: APROBADA B: NEGADA

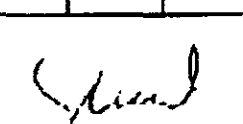
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.895-1

CL 99 12 24 Bogota, Colombia PBX.6466000 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No. 310000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA S231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001109455

FECHA DE EXPEDICION

DD MM AAAA

19 03 2013

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

Referencia: 276211-19032013-18

• ORIGINA

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

17 06 2013

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No. Nit. No. 800251440-6

17 06 2013

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORO INSULINA POD OMNIPOD UND CUM 0-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.
33	RESERVORO INSULINA POD OMNIPOD UND CUM 0-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.

CANCELADO

FACTURA RECOBRABLE

DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO

ORGANIZACION SANTAS MEDICAS

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

No implica aceptación como Título Valor.

26 MAR 2013

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

CUENTAS MEDICAS

DE. 11. 22

2101210110703016

Tratado : 0300100000829588000104
Jario : 95111031348-WILLIS RICARDO MARTINEZ GUZMAN
Medico : 51759456-TERESITA DEL NINO JESUS CORTES SEGURA
pa Aut. : INSUMOS COMITÉ
cha Entrega: 16-MAR-13
torizacion : 49555462

TOTAL BRUTO	\$2,897,340.
DESCUENTOS	\$0.
SUBTOTAL	\$2,897,340.
IVA TOTAL	\$0.
TOTAL A PAGAR	\$2,897,340.

IN: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL
IESCIENTOS CUARENTA PESOS CON 00/100 MONEDA
ORRIENTE*****

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

visor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
laborado por: Angelica Beltran Novoa		Firma: _____
ma: _____		Nombre: _____
mbre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

64:ET:ET02/20/00 0041

Original
FIRM & DATE

RESERVACIONES
SENTAR ORAL Y DOC. DE IDENTIFICACION

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
 Fecha: 09/03/2013:13:49
 Formulario med: 000019663494
 CTC ACTA NO. 800704 2012083261 COMITE DEL 13/08/20
 NIT: 8002514406 Codig: EF-9005
 Telefono: 01800919100 Num Vol: 6660067
 Fuente: EPS SIMITAS
 (10) INTERNA

Dra. Jenesida Cortés Segura

Endocrinología y Metabolismo
Nacional - U. Sao Paulo
Resistencia, Diabetes, Gónadas, Hipofisis
Hipertensión, Suprarrenal

EPS Sanitas Willis Martínez Guzman
25111031346

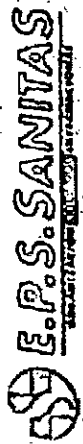
24-jul-12

Reservorio para infusión de bomba de insulina
por el sistema omnipod
un reservorio cada día y medio
repetir por un año

piezas 20
insumos para un mes

[Handwritten signature]

Farmasánitas	
TUTELAS CALLE 116	
Fecha	<u>Marzo 15 2013</u>
Nombre	<u>Willis Martínez Guzmán</u>
Cédula	<u>9241093 del</u>
Teléfono	<u>4241302</u>



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante:	13206061006
No Consecutivo recobro:	1320606101107
Tipo Radicación:	1
Numero Radicación anterior MYT01:	0

II. Datos de la Entidad

Código SNS:	EPS005
Razón Social:	EPS SANITAS SA
CIE:	1320606101107 - 268383
RC:	1107857784 / M-08-13

V. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(s) Cancelada(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Médica(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	3
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC	0	

III. Datos del afiliado

Tipo de documento:	RC	Numero de documento de identidad:	1107857784
Primer Apellido:	DIAZ	Segundo Apellido:	MOLINA
Tipo de afiliación:	B	Nivel de cuota moderadora:	B
Primer Nombre:	NATHALIA	Segundo Nombre:	

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministrado	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación
1	76001-20130301042	01/03/2013	12/03/2013	03/2013-01	FAR1000000001118773	29/03/2013	25/03/2013	E109	100.00	900145695-1	103240
										FARMASANTAS SAS	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE
										Valor Unitario	Valor Total
										\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00
										Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
										\$ 8.100.00	\$ 2.375.900.00
										Total Recobrado:	
										\$ 2.375.900.00	

IV. 6. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS									
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS									
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Olas Autorizadas	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar
1	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	8.17	30	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	0	0
							0.00	0	0
							Valor Unitario	Valor Unitario	Valor Total
							\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: CALI

FECHA ACTA: 01/03/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILSON BARON PEÑA CC: 80472918	MARGARITA MARIA GIRALDO CARDENAS CC	AMPARO CASTRO PINZON CC 31895717

Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
ANGULO MOSQUERA MARIO	80504709	2624-01
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
12/02/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION REFIERE MULTIPLES DOSIS DE INSULINA, VALORACION POR PSICOLOGIA, ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES EN ABUELOS Y TIOS.

Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,1666	15	90

CUMS, CUPS: 103240

Justificación Medicamento No POS: SE SOLICITA EL INSUMO SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

I. Datos de identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Contrato
DIAZ MOLINA NATHALIA	1107857784 /	30-10-957415-1-3

II. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

Análisis del Caso: EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 3 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION REFIERE MULTIPLES DOSIS DE INSULINA, VALORACION POR PSICOLOGIA, ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES EN ABUELOS Y TIOS. SE SOLICITA EL INSUMO SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA PORQUE ES NECESARIO PARA LLEVAR ACABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA N: NEGADA

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

Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Wilson Baron Peña
 Dr. Wilson Baron Peña
 Representante EPS Sanitas

Margarita María Giraldo
 Dra. Margarita María Giraldo
 Representante IPS

Amparo Castro Pinzon
 Sra. Amparo Castro Pinzon
 Representante de Usuarios



FARMASANTAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fadi DIAN No. 310000053845 de 20MAYO/2011 del FAR 1-1 al FAR 1-1.500.000
IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001119773

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
22	03	201

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

Referencia: 277768-22032013-32

ORIGIN.

Sucursal: 120_FARMA_TUTELAS_CALI

CONDICIONES DE PAGO	FECHA DE VENCIMIENTO		
	DD	MM	AAAA
Credito			
Contado			
X	20	06	201

No. DE ORDEN DE COMPRA		PAGAR ANTES DEL		
		DD	MM	AA
		20	06	201

RECCION / SUCURSAL: 100 11B 67 , CIUDAD: Bogota, Bogota D.C., Colombia TELEFONO: 57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM.	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
1240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MAT700BA CAJ X 5 CUMPL	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385.000

FACTURA RECUPERABLE

EVOLVER A AUDITORIA MEDICA CON COMPROBANTE DE EGRESO

CANCELADO

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL CUENTAS MEDICAS OF. Calle 32

26 MAR 2013

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO No implica aceptación como Título Valor.

Andrés F. M.

SAZAS F2 030119

2101210110717072

Contrato : 0300100000957415000103
Usuario : 1107857784-NATALIA DIAZ MOLINA
Medico : 890324177-FUNDACION VALLE DE LILI
Tipo Aut. : INSUMOS COMPLE
Fecha Entrega: 20-MAR-13
Autorizacion : 49723311

TOTAL BRUTO	\$2,385,000
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$2,385,000
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$2,385,000

MON: DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS
MON 00/100 MONEDA CORRIENTE*****

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

Revisor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
Elaborado por: Jenaro Vanegas Cortes		Firma: _____
Fecha:		Nombre: _____
Nombre:		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

VALIDO POR 72 HORAS HASTA 23-MAR-13
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA,
CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprobado	Oficina	Ciudad	RIOS LONDONO, ANGELA MARIA	CLINICENTRO SUR - 1000	CALI (PRINCIPAL)
Cargo	Telefono	Elabora	Fecha impresion		
SUPERVISOR SM - 0958					
ORGANIZACION SANITARIA NACIONAL					

ORIGINAL
FIRMED & SELL

F.P.S. SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

OBSERVACIONES
 PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
 ANEXAR VALE(S) DE ASISTENCIA MÉDICA
 CTC RECORRABLE ACTA VALLE DEL CAUCA 76001-20130301042 1/3/2013
 INICIA 3 MESES PRIMERA ENTREGA ADJUNTAR ORDEN MÉDICA VIGENTE #SENSOR
 ENTILITE CABA X 5 CONT #1 CODA# REEM SUL#49397105 ANULADO PDR AMP
 INFORMACION

servicio	Descripción Servicio	Donante Unidad
69730056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANTAS	P 1 GENERICA

[illegible]

:apud
 :apud

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS
Solicitud: 49723311 Fecha: 20/03/2013:16:44

Av. Simón Bolívar Cra. 90 No. 11-
Pbx: 331 90 90 / Fax: 331 74 99
www.valledellili.org
Cali - Colombia

Fecha:

12/2/2013

Nombre:

M. Lili Diaz

Archivos TV3000 #30

Set de infección de Gram (4x10) #3

Reservorio de 3ml. (4x10) #3

Sensor elite (4x5) #3

Validar 3 meses

CTC 270213
EPS SANTAS
SERVICIOS MEDICOS


2013-Mar-20

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	30/11/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702689

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
JORGE ENRIQUE GUERRERO SANDOVAL	10257935	10257935
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
01/11/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 26 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 CON ESTILO DE VIDA FLEXIBLE CON BOMBA DE INFUSION.
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
PODS PARA BOMBA DE INSULINA OMNIPOD	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUMS, CUPS:

82133

Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 CON ESTILO DE VIDA FLEXIBLE CON BOMBA DE INFUSION SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.
-----------------------------------	--

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
SUSANA ROLDAN	53176823 ✓	30-10-33375-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIAS CLINICAS SOLICITADAS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 CON ESTILO DE VIDA FLEXIBLE CON BOMBA DE INFUSION SE SOLICITA PODS PARA BOMBA DE INSULINA POR QUE MANTIENE EL ADECUADO CONTROL METABOLICO EL CUAL BUSCA DISMINUIR COMPLICACIONES MICRO Y MACRO VASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

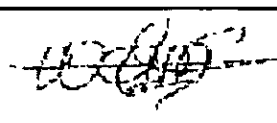
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

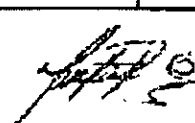
A. APROBADA N. NEGADA

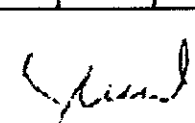
Justificación Técnica y normativa	DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No.31000053645 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231. TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001107383

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAAA

18 03 2013

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

Referencia: 275940-18032013-14

ORIGINARIA

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

16 06 2013

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

16 06 2013

DD MM AAAA

Documento de Identificación

Nit. No. 800251440-6

SECCION / SUCURSAL

100 11B 67

CIUDAD

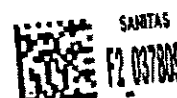
Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

TELÉFONO

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCUO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
33	RESERVORIO INSULINA POD OMNIPOD UNO CUM:0-00	PZA	10	\$144,867.00	\$0.00	0	\$0.00	\$1,448,670.

CANCELADO



AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
E F F C A L L E S

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
OF. Calle 32

26 MAR 2013

FACTURA
RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
CON COMPROBANTE DE EGRESO

RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

Diana F. Rodríguez

Tratado : 0300100000981572000101
Médico : 53176923-SUSANA ROLDAN RESTREPO
Médico : 10257935-JORGE ENRIQUE GUERRERO SANDOVAL
Médico Aut. : INSUMOS COMITÉ
Fecha Entrega: 15-MAR-13
Autorización : 49648485

TOTAL BRUTO	\$1,448,670.
DESCUENTOS	\$0
SUBTOTAL	\$1,448,670
IVA TOTAL	\$0
TOTAL A PAGAR	\$1,448,670.

MONTO: UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL
CIENTOS SETENTA PESOS CON 00/100 MONEDA CORRIENTE.....

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

Revisor:

Firma de quien revisa:

Datos de quien recibe a conformidad

Elaborado por: Angelica Beltran Novoa

DIANA FERNANDA BELTRAN
CC: 52828183
Enfermera Junior

Firma:

Nombre:

Fecha:

No. documento de identidad:

Nombre:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

Original Cliente - Contabilidad; 1a. Copia Cliente - Contabilidad; 2a. Copia Consecutivo

Página

1 de

324

PARA RECOPILAR LOS MEDICAMENTOS ENTREGADOS PRESENTAR CARNE Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

Funcionario Aprobado SUAREZ_GOMEZ, CLAUDIA PILAR
Cargo ASESOR INTEG - AUX EXP VOL
Oficina OFICINA REGIONAL BOGOTA
Elabora SSCP
Fecha Impresion 15/03/2013 12:52
Ciudad BOGOTA (PRINCIPAL)
VALIDO POR 720 HORAS HASTA 14-APR-13

Original

FIRMA Y SELLO

VOLANTE NORMAL

8 E.P.S. SANITAS

SERVICIOS MEDICOS

OF CALLE 95

Cédula: 815323

Nombre: [Handwritten]

Fecha: 15/03/2013

CALLE 95

FARMASANTAS

CTC RECOPILABLE ACTA NO. BOGOTA D.C.-111-2012111188 DEL 30/11/2012 VIGENTE POR 6 MESES. ENTREGA 4/6 ANEXAR FORMULA MEDICA VIGENTE DR. GUERRERO RM 10257935 --FARMASANTAS CALLE 95--#-POBS-PARA BOMBARDE INSULINA OMNIPOD CANTICAO *10 SUS SOL. 49632241

PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION

OBSERVACIONES

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Solicitud: 49648485 Fecha: 15/03/2013 12:52 Formula med: S10000019751185

Secuencia: ACTA NO. BOGOTA D.C.-111-2012111188

Compañia: EPS SANITAS NIT: 8002514406 Telefono: 018000919100 Num_Vol: EPS605 6706097

Plan: (10) INTEGRAL

Nombre Usuario: ROLDAN RESTREPO SUSANA

Direccion: CARRERA 13 # 152 - 35 TORRE 1 APTO

Municipio: (11001) BOGOTA

Medico Ordena: GUERRERO SANDOVAL JORGE ENRIQUE

Medico Practica: FARMASANTAS SAS

Identificacion: C 53176923 Fec.Nacim: 22/05/1985 Tel.Residencia: 8136323

Contrato: 30-10-981572-1-1 Antig: 881-S Categ: C Tel.Acudiente: [Handwritten]

Departamento: (11001) BOGOTA D.C. E-Mail: @

Identificacion: C 10257935 Codigo: Puerta Ent. N Telefono: 99999999

Clase: FA Lugar: AMBULATORIO Tipo Volante: PRINCIPAL

Formula: A Entregas: 1

Tipo Proced: TERAPEUTICO

Guia: 10 APLICA

Servicio: 697300049

Descripcion Servicio: INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS

Denom Cant: Unidad

Generica: 1

49648485

Dr. JORGE E. GUERRERO S.
MEDICO - DIABETOLOGO

Correo electrónico: diainste@cable.net.co
Web site: www.diabetesal instante.com

Clinica Reina Sofia
Diag. 127 A N° 31 - 48 Cons. 216
Teléfono citas: 6159699

Bogotá, D.C. OCTUBRE 25 De 2012

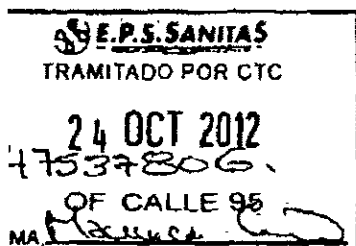
Nombre del Paciente: SUSANA ROLDAN RESTREPO

Favor transcribir fórmula a formulario EPS:

Formula para 6 MESES (CIENTO OCHENTA DIAS)

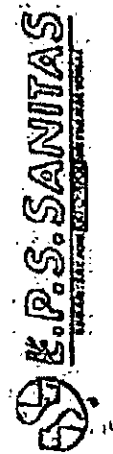
PODS para administrar la insulina por sistema de infusion continua de insulina por Bomba de insulina Omnipod. # 60 (caja # 6 x 10 PODS)

DOSES: CAMBIAR 1 POD CADA TERCER DÍA.



201-48631269

Handwritten signature and stamp: COPIA DE RECIBO DE ENTREGA DE MEDICAMENTO, 24 OCT 2012, 10:35 AM, CLINICA REINA SOFIA.



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social
Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC
MYT-01

I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061005

No Consecutivo recobro: 1320606100909

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

CIE: 1320606100909 - 288385

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CC / 1016003843 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1016003843

Primer Apellido: RUIZ

Segundo Apellido: CASTELLANOS

Primer Nombre: NICOLAS

Segundo Nombre:

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad	
DOCUMENTO	No. Doc.
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1
Orden(es) o Formula(s) Modifica(s)	1
Soportes Integrales del Recobro	1
Totales:	4
Datos de la solicitud on la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior	
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01)	0

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor
1	111-2012073829	12/07/2012	08/07/2012	S	12/2012-04	FAR1000000000045149	03/12/2012	28/03/2013	E106	100.00	800148695-1
									Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Proveedor	Nombre Medicamento Servicio o Prestación
									74502	FARMASANITAS SAS	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA
									Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario
									IN	10	\$ 47.000.00
									Valor Total	Valor Recobro	Valor Recobro
									\$ 470.000.00	\$ 470.000.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 470.000.00

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS											
Item	Nombre	Protección	Frecuencia Uso	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Numero del Similar	Nombre del Similar	Valor Unitario	Valor Total	Valor Total
1	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 12/07/2012

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702689

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante:	Documento de Identificación	Registro Médico
CLAUDIA MILENA GOMEZ GIRALDO.	41939381	63-1893
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
08/07/2012	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 24 AÑOS HOSPITALIZADO CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II, INTOXICACION EXOGENA ETILICA, EN POSTOPERATORIO DE SEPTOPLASTIA REQUIERE MANEJO ANALGESICO ANTIINFLAMATORIO.
--------------------------------	--

Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION INSULINA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	80	180

CUMS, CUPS: 74502

Justificación Medicamento No POS:	PACIENTE HOSPITALIZADO CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II, INTOXICACION EXOGENA ETILICA, EN POSTOPERATORIO DE SEPTOPLASTIA REQUIERE MANEJO ANALGESICO ANTIINFLAMATORIO. SE SOLICITA MEDICAMENTO SET DE INFUSION INSULINA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.
-----------------------------------	---

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
NICOLAS RUIZ	1016003843	30-10-685562-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E106

Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE HOSPITALIZADO CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II, INTOXICACION EXOGENA ETILICA, EN POSTOPERATORIO DE SEPTOPLASTIA REQUIERE MANEJO ANALGESICO ANTIINFLAMATORIO. SE SOLICITA MEDICAMENTO SET DE INFUSION INSULINA POR QUE ES EL TRATAMIENTO CON MAYOR TASA DE EFECTIVIDAD TERAPEUTICA DEMOSTRADA PARA CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.
--------------------	--

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

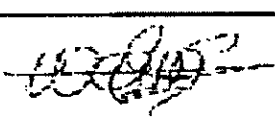
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

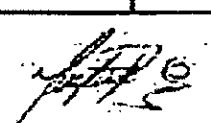
A: APROBADA N: NEGADA

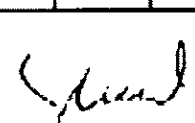
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.149.695-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX.6466060 Fax.6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fact DIAN No.310000053845 de 20/MAYO/2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000000945149

FECHA DE EXPEDICION

DD	MM	AAAA
31	12	2012

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

Referencia: 253275-31122012-31

ORIGINAL

Sucursal: 110_FARMA_TUTELAS_CALLE_116

NORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

31 03 2013

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

31 03 2013

DD MM AAAA

Documento de Identificación

Nit. No. 800251440-6

ECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELEFONO

100 11B 67 ,

Bogota, Bogota D.C., Colombia

57571-6466060

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
13	APOSITO OPSITE IV 3000 6CM X 7CM REF 4007 SMITH & NEPHEW SOB 7 1 CUM:0-00	SIN	10	\$2,100.00	\$0.00	0	\$0.00	\$21,000.00
12	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-398 CAJ X 10 QUICK EX43 CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00

CANCELADO

AUDITORIA MEDICA
ALTO COSTO
FACTURA
RECORDABLE
OLIVERA AUDITORIA MEDICA
COMPROBANTE DE EGRESO

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
OF. Calle 32
26 MAR 2013
RECIBIDO P.E.S. SU ESTUDIO
No requiere anotación en el libro de valores

SANTAS
F2 03/28/10

Diana E.
Rodriguez

trato : 0300100000685562000101
ario : 1016003843-NICOLAS RUIZ CASTELLANOS
Medico : 800149384-CLINICA COSANITAS S.A.
o Aut. : INSUMOS COMITÉ
ha Entrega: 03-DIC-12
orizacion : 47713629

TOTAL BRUTO \$491,000.00

DESCUENTOS \$0.

SUBTOTAL \$491,000.00

IVA TOTAL \$0.

IN: CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS CON 00/100
ONEDA CORRIENTE*****

TOTAL A PAGAR \$491,000.00

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

Factura por Contador.

visor:

Firma de quien

Datos de quien recibe a conformidad

aborado por: Cisney Mican Rodriguez

DIANA FERNANDA BELTRAN
CC: 52828163
Enfermera Auditor Junior
ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

Firma:

Nombre:

No. documento de identidad:

Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa):

ORGANIZACION DE MEDICAMENTOS
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA
Hoy con el confabido
Febrio
24-ene-10
15-a-13
03/11/2012:12:17
BOGOTA (PRINCIPAL) 28 ene 10
Fecha Impresion
GPRS
Elabora
C. UNIV. COLOMBIA - CONSULTORIOS
Telefono
8-02-13
VALDO POR 720
HORAS HASTA 03-DEC-12

Formulario de datos personales y de contacto.

Nombre: N. C. S. L. 2012
Cedula: 1016025842
Telefono: 47136906
Fecha: 3 de 12 2012
TUTELAS CALLE 116
Teléfono: 47136906

SE
OF. CLINICAS MEDICAS
EPS Sanitas
C. UNIV. COLOMBIA - CONSULTORIOS
Telefono
8-02-13
VOLANTE NORMAL
Funcionario Aprueba
GUTIERREZ PEREZ, LUZ STELLA
ASESOR INTEG - AUX EXP VOL
CARGO
18-02-13
26-12-12
22-12-12
No convalida
1 Pendiente
Socio no se
Presente a 11 edam
Socio no se

ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE PIERDE TERCERA ENTREGA POR FECHAS
CIC RECOPRABLE BOGOTA D.C. 4-11-2012 073829 DEL 12/07/2012 ACTA VIGENTE POR SEIS MESES **ATAA ENTREGA.
ODR DR GOMEZ RM 63-1893 # CALL 116 # SET DE INFUSION DE INSULINA PARA BOMBA 3 MM 10A IV 3000 ADHESIVOS - 10 #
SENSORES ELITE 5 # RESERVORIOS DE INSULINA X 3 MM 10
PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION

OBSERVACIONES

PENDIENTE
Escritorio
301 #10
Sensores Elite #5
Farmasanas

Nombre Usuario		Identificacion		Fac. Nacim		Tel. Residencia	
RUIZ CASTELLANOS, NICOLAS		C 1016003843		01/07/1987		4276906	
Direccion		Contrato		Antig		Tel. Acudiente	
CARRERA 68 B # 33 - 71 IN 1 AP 201		30-10-685562-1-1		574-S		C	
Municipio		Departamento		E-Mail			
(11001) BOGOTA		(11001) BOGOTA D.C.		@			
Medico Ordena		Identificacion		Codigo		Puerta Ent.	
CLINICA COLSANITAS S.A		N 800149384				N	
Medico Practica		Identificacion		Codigo		Telefono	
FARMASANITAS SAS		N 800149695				99999999	
Tipo Proce		Lugar		Tipo Volante			
TERAPEUTICO		AMBULATORIO		PRINCIPAL			
Guia		Formula					
ID APLICA		P					
Servicio		Descripcion Servicio		Denom Cant		Unidad	
696300049		INSUMO NO POS - OTRAS ENTREGAS				0	

Fecha: 21/06/2012

Paciente: Nicolás Ruiz Castellano

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo
Endocrinología
Universidad Javeriana

R/

CC: 1016003843

① Reservorio de insulina
3 por bomb. de insulina
Caja x 10 unidades#
1
(xmts)

INSTITUCIÓN	TUTELAS CALLE 116
FECHA:	03 12 2012
NOMBRE	Nicolás
EDAD:	1016003843
TÉLEFONO:	4276906

Formulas para 6 meses

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo
Endocrinología
R.M. 63-1833

05 JUL 2012

Clinica Universitaria Colombia Calle 22B # 66 - 46 Consultorio 1205 Teléfonos: 2215337 - 2202700 Ext. 1241 Bogotá D.C. Colombia

Fecha: 21/06/2012

Paciente: Nicolás Ruiz Castellano

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo
Endocrinología
Universidad Javeriana

R/

CC: 1016003843

① Set de infusión de insulina
para bombas de insulina 3mm
Caja x 10 unidades#
1
(xmts)

Formulas para 6 meses

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo
Endocrinología
R.M. 63-1833

05 JUL 2012

R.O.T.

Clinica Universitaria Colombia Calle 22B # 66 - 46 Consultorio 1205 Teléfonos: 2215337 - 2202700 Ext. 1241 Bogotá D.C. Colombia

05 JUL 2012

CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
CALLE 22B # 66 - 46
BOGOTÁ D.C. 11000

6 mes

formi

(xmt)

#

① Señales vitales en monitoreo
continuo de glucosa
Cay. x 5 unidades

cc: 1016003843

Nicole Ruiz Castellanos

Paciente:

Fecha:

21/06/2012

Endocrinología
Universidad Javeriana

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo

Teléfono:

913 6906

Cédula:

1016003843

Nombres:

Nicole

Fecha:

05 JUL 2012

CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
CALLE 22B # 66 - 46
BOGOTÁ D.C. 11000

6 mes

formi

(xmt)

#

① IV 3000 unidades
por equipo de monitoreo
continuo de glucosa

cc: 1016003843

Nicole Ruiz Castellanos

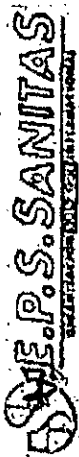
Paciente:

Fecha:

21/06/2012

Endocrinología
Universidad Javeriana

Dra. Claudia Milena Gómez Giraldo



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 1320606100912

No Consecutivo recobro: 1320606100912

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606100912 - 288385

CC / 80238709 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 80238709

Primer Apellido: OROZCO

Segundo Apellido: SALAZAR

Primer Nombre: DIEGO

Segundo Nombre: HERNAN

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: A

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Servicio Médico	Periodo Suministro	Periodo Inicio (S/N)	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor
1	11001-20130222175	22/02/2013	18/02/2013	03/2013-01	S	FAR100000001110377	26/03/2013	E109	100,00	800140695-1	FARMASANTAS SAS
2	11001-20130222175	22/02/2013	18/02/2013	03/2013-01	S	FAR100000001110377	26/03/2013	E109	100,00	800140695-1	FARMASANTAS SAS
3	11001-20130222175	22/02/2013	18/02/2013	03/2013-01	S	FAR100000001110377	26/03/2013	E109	100,00	800140695-1	FARMASANTAS SAS

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS											
MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 160.000,00	\$ 1.600.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00
3	SET INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.30	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00

Total Recobrado: \$ 3.011.100,00

SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	10	\$ 160.000,00	\$ 1.600.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.17	30	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00
3	SET INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.30	30	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0,00	\$ 0,00

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	22/02/2013
-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 78624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

2. Resumen de la Solicitud Efectuada por el Médico Tratante:		
Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DIEGO HOLGUIN L	19427187	13726
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/02/2013	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 31 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN CON CUADRO CLÍNICO DE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y OBESIDAD Y REQUIERE DE ESFUERZO FÍSICO POR EL DOLOR TORÁCICO.	

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180
CUMS, CUPS:	82629				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.				

3. Datos de Identificación del Usuario:		
Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
OROZCO SALAZAR DIEGO HERNAN	80238709	30-10-402289-1-1

4. Diagnóstico:	
Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA AL MÉDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 31 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN CON CUADRO CLÍNICO DE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y OBESIDAD Y REQUIERE DE ESFUERZO FÍSICO POR EL DOLOR TORÁCICO. SE SOLICITA SET INFUSION BOMBA INSULINA 6X43 PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

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

6. Decisión:	
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	
A: APROBADA N: NEGADA	
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

7. Equivalente Terapéutico:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA ACTA: 22/02/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DIEGO HOLGUIN L	19427187	13726
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
18/02/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica PACIENTE DE 31 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y OBESIDAD Y REQUIERE DE ESFUERZO FISICO POR EL DOLOR TORACICO.

Identificación del procedimiento/Insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,1666	30	180

CUMS, CUPS:	103240
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
OROZCO SALAZAR DIEGO HERNAN	80238709	30-10-402299-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 31 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y OBESIDAD Y REQUIERE DE ESFUERZO FISICO POR EL DOLOR TORACICO. SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA POR LA PATOLOGIA DE BASE.

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
A: APROBADA N: NEGADA	

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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Ciudad:	BOGOTÁ
FECHA ACTA:	22/02/2013

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
DIEGO HOLGUÍN L	19427187	13728
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	Tipo	
18/02/2013	CTC AMBULATORIO	
Resumen de la Historia Clínica	Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:	

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVOIRIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML	N/A	N/A	D3333	60	180
PIEZA					

CUMS. CUPS:	74501
Justificación	SE SOLICITA RESERVOIRIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA NECESARIA PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SIMTOMATOLOGIA
POS:	

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
MARCO SALAZAR DIEGO HERMAN	80236709	30-10-402299-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	E109
Análisis del Caso:	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/Insuño:	A
--	---

A: APROBADA N: NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCUMENTOS DE EVIDENCIA O PUBLICADOS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

N/A	Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dr. William Herrera Molano
Representante EPS Sanitas

Dr. Marco Fidel Pérez
Representante IPS

Sra. Nelva Benavides Palacios
Representante de Usuarios



FARMASANITAS SAS

NIT. 800.140.605-1

CL 99 12 24 Bogotá, Colombia PBX. 6466060 Fax. 6464522

SOMOS RETENEDORES DE IVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - Res. DIAN No. 11944 23-Dic-2004

Res. Fed. DIAN No. 31000053645 de 20 MAYO 2011 del FAR1-1 al FAR1-1.500.000

IVA REGIMEN COMUN

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA BOGOTA 5231, TARIFA ICA 4,14 X 100

FACTURA DE VENTA
FAR100000001110377

FECHA DE EXPEDICIÓN

DD MM AAAA

19 03 2011

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

Referencia: 276289-19032013-14

ORIGINA

Sucursal: 97_FARMA_TUTELAS_CALLE_95

SEÑORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SA

CONDICIONES DE PAGO

FECHA DE VENCIMIENTO

Crédito Contado

DD MM AAAA

X

17 06 2011

Documento de Identificación

No. DE ORDEN DE COMPRA

PAGAR ANTES DEL

No. Nit. No. 800251440-6

17 06 2011

DD MM AAAA

SECCION / SUCURSAL

CIUDAD

TELÉFONO

100 11B 67

Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

57571-6466060

ODUCTO	DESCRIPCIÓN	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
01	RESERVORIO BOMBA INSULINA REF MMT-332A CAJ X 10 PARADIGMA 3.0ML CUM:0-00	PZA	10	\$18,000.00	\$0.00	16	\$28,800.00	\$180,000.
240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REF MMT7006A CAJ X 5 CUM:0-00	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.
240	SET INFUSION BOMBA INSULINA REF MMT-339 CAJ X 10 QUICK 6X23 CUM:0-00	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.


CANCELADO
FACTURA RECOBRABLE
DEVOLVER A AUDITORIA MEDICA
COMPROBANTE DE EGRESO

FIRMA:

ORGANIZACIÓN SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
DE Calle 32
26 MAR 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implique aceptación como Título Valor.

Andrés Zoa M.

2101210110703084

 trato : 0300100000402299000101
 ario : 80238709-DIEGO HERNAN OROZCO SALAZAR
 Medico : 19427187-DIEGO HOLGUIN LEMA
 o Aut. : INSUMOS COMITE
 cha Entrega: 18-MAR-13
 orizacion : 49271222

TOTAL BRUTO \$3,035,000.

DESCUENTOS \$0.

SUBTOTAL \$3,035,000.

IVA TOTAL \$28,800.

 IN: TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS
 ON 00/100 MONEDA CORRIENTE****

TOTAL A PAGAR \$3,063,800.

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

visor:	Firma de quien revisa:	Datos de quien recibe a conformidad
aborado por: Martha Saavedra Tiga		Firma: _____
ma: _____		Nombre: _____
mpre: _____		No. documento de identidad: _____
		Fecha de Recibido (dd/mm/aaaa): _____

ORGANIZACION SANITAS INTERNATIONAL
CARNÉ Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS ES NECESARIO PRESENTAR FORMULA MEDICA.

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 27-MAR-13

25/02/2013 09:27

Fecha Impresion

BOGOTA (PRINCIPAL)

Ciudad

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

80 238 17 09

Elabora

LCM

Telefono

ACOMEDICA - CALLE 127

Oficina

LOZANO LUGO, CLAUDIA MILENA

Funcionario Aprueba

SUPERVISOR SM - ASESOR MEDICO NIVEL 3

Cargo

Original

FIRMA Y SELLO

VOLANTE NORMAL

SERVICIOS MEDICOS

OFICINA HACIENDA SANTA BARBARA

S.E.S. SANITAS

PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACION

ANEXAR CUOTA MODERADORA

ORDENA DR HOLGUIN RM 19427187 # CALLE 95 # RESERVORIO 3ML*10 # SET DE INFUSION 3ML*10 # SENSORES ENSITE PARA

LUCOSA 15

RECUPERABLE ACTA 11001-20130222175 BOGOTA DEL 22/2/2013 ACTA VIGENTE POR 6 MESES PRIMERA ENTREGA ANEXAR

ORDEN MEDICA VIGENTE

OBSERVACIONES

49341002
CON
SOL
GOOD

07/03/2013
LUGO LUGO, CLAUDIA MILENA
FIRMA Y SELLO

Servicio	Description Servicio	Denom Cant	Unidad
696300056	INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANITAS	P	0

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

Medico Ordena	Identificacion	Codigo	Puerta Ent
HOLGUIN LEMA, DIEGO	C 19427187		N
Medico Practica	Identificacion	Codigo	Telefono
FARMASANITAS SAS	N 800149695		99999999

Nombre Usuario	Identificacion	Fec. Nacim	Tel. Residencia
OROZCO SALAZAR, DIEGO HERNAN	C 80238709	20/05/1981	7589655
Direction	Contrato	Antig	Tel. Acudiente
CARRERA 10 A # 138 - 10 TORRE 3 APTO. 403	30-10-402299-1-1	583-S	A
Municipio	Departamento	E-Mail	
(11001) BOGOTA	(11001) BOGOTA D.C.	diego.orozc@co.scoliacapital.com	

Plan:	(10) INTEGRAL	Telefono:	018000919100	Num_Voti:	6575774
Compania:	EPS SANITAS	Nit:	8002514406	Codigo:	EPS005
Secuencia:	11001-20130222175 BOGOTA	Formu med:	80238709		
Depende:					
Solicitud:	49271222	Fecha:	07/03/2013 11:58	Pagina No:	1 / 1

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

49271222



DIEGO HOLGUIN MD.
DIABETÓLOGO U.B.A.

Nombre

Otego Otego

Fecha

Feb 18/2013

Fórmula N. 6 meses

R.1

CC 80238509

Dni. No. 1

Reconstrucción de Zamb. aya # 1

Cambio aya 3 días

Set de infusión de Zamb. aya # 1

Cambio aya 3 días

Seniores Onite por glucosa

Cambio aya # 1

Cambio aya 6 días

Adhesivos IV 3000 10 unidades

Cambio aya 3 días

Seniores Onite por glucosa

Cambio aya # 1

TRAMITADO POR C.T.C.

49271221 222

Farmasanitas +
CALLE 95

18 Marzo 2013

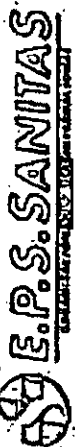
Nombre: Diego H. Otego S

Cédula: 80 238 709

Id. 3156024196

AV. CLL 127 No. 21-60 Tels: 6272046-6159000-3108805703 die.holguin@gmail.com

Cons. 309 Reina Sofía CALLE 95



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061005

No Consecutivo recobro: 1320606101028

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razon Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101028 - 266385

TI / 1000148844 / NA-06-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: TI

Numero de documento de identidad: 1000149544

Primer Nombre: VALENTINA

Segundo Nombre:

Primer Apellido: SERNA

Segundo Apellido:

Nivel de cuota moderadora: A

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	3
Factura(s) del Proveedor(es) Concedida(s)	1	1
Orden(es) o Formula(s) Médica(s)	0	0
Soportes Integrales del Recobro	1	1
Totales:	3	5

Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Recobro Anterior

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formato MYT-01) 0

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Suministro	No Factura	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Suministro	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recargos	Valor Recobro
1	11001-20130227200	27/02/2013	25/02/2013	03/2013-01	FAR1000000001114655	26/03/2013	E109	100.00	800140695-1	FARMASANTAS SAS	74501	RESERVORIO BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 18.800.00	\$ 188.000.00	\$ 23.900.00	\$ 164.100.00
2	11001-20130227200	27/02/2013	25/02/2013	03/2013-01	FAR1000000001114655	26/03/2013	E109	100.00	800140695-1	FARMASANTAS SAS	10240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	\$ 0.00	\$ 2.385.000.00
3	11001-20130227200	27/02/2013	25/02/2013	03/2013-01	FAR1000000001114655	26/03/2013	E109	100.00	800140695-1	FARMASANTAS SAS	82629	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	\$ 0.00	\$ 470.000.00

Total Recobrado: \$ 3.011.100.00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Prestación	Frecuencia Uso	Clase Autorización	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Tiempo Días	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
1	RESERVORIO BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	\$ 18.800.00	\$ 188.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
2	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.16	30	\$ 477.000.00	\$ 2.385.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00
3	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	\$ 47.000.00	\$ 470.000.00	0	0	0.00	0	0	\$ 0.00	\$ 0.00

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	27/02/2013
-------------	------------

Asistentes	Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
	WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de identificación	Registro Médico
PAOLA DURAN VENTRURA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
25/02/2013	CTC AMBULATORIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION POCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH.
--------------------------------	--

Identificación del procedimiento/sumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,3333	60	180

CUMS, CUPS: 74501

Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE
-----------------------------------	--

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de identificación	Control
RESTREPO SERNA VALENTINA	1000149544	30-10-391831-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E109

Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION POCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH. SE SOLICITA RESERVORIO BOMBA INSULINA PARADIGMA 3.0ML PIEZA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE
--------------------	--

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

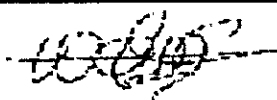
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

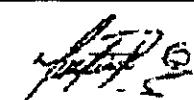
A. APROBADA N. NEGADA

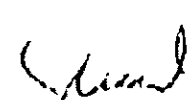
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalencia Terapéutica:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


 Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


 Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


 Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	27/02/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante			Documento de Identificación	Registro Médico		
PAOLA DURAN VENTRURA			52047001	52047001		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)			TIPO			
25/02/2013			CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION POCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH.					
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:						
Procedimiento / Insumo		Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA		TRATAMIENTO	N/A	0,1688	30	180
CUMS, CUPS:	103240					
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGÍA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE					

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
RESTREPO SERNA VALENTINA	1000149544	30-10-391831-1-3

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION		E109
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION POCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIO EPISODIOS DE HIPOGLICEMIAS MATUTINAS E HIPERGLICEMIAS DESPETINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH. SE SOLICITA SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE PIEZA POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDEN LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A APROBADA N NEGADA

Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	--

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CIUDAD:	BOGOTÁ
FECHA ACTA:	27/02/2013

Asistentes

Representante EPS Santitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 78547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79824657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
PAOLA DURAN VENTURA	52047001	52047001
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		Tipo
25/02/2013		CTC AMBULATORIO

Resumen de la Historia Clínica	Identificación del procedimiento/insuño solicitado no incluido en el POS:
PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION PDCA RESPUESTA TERAPEUTICA CON INSULINA NPH SE EVIDENCIA EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS MATUTINAS E HIPERGLUCEMIAS DESPERTINAS QUE NO MEJORARON CON REAJUSTE INSULINA NPH.	

Procedimiento / Insuño	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION 6 ML X 23		N/A	0.3333	60	180

CUMS, CUPS:	82629
Justificación	SE SOLICITA SET DE INFUSION 6 ML X 23 POR EL CUAL SE PUEDE ESTABLECER QUE ANOMALIAS COMPRENDE LA PATOLOGIA PARA PODER DETERMINAR Y MEDICAR MEJORANDO SINTOMATOLOGIA Y DAR CONTINUIDAD EN SU TRATAMIENTO DE BASE
Medicamento No POS:	

3. Datos de identificación del Usuario:

Nombre y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
PATRICIA SERNA VALENTINA	1000149544	30-10-391831-1-3

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION	E109

Analisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 14 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION Poca respuesta terapéutica con insulina NPH se evidencia episodios de hipoglucemias matutinas e hiperglucemias despiertinas que no mejoraron con reajuste insulina NPH. Se solicita set de infusión 6 ml x 23 por el cual se puede establecer que anomalías comprenden la patología para poder determinar y medicar mejorando sintomatología y dar continuidad en su tratamiento de base
--------------------	---

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insuño:

A

A. APROBADA N. NEGADA

Justificación Técnica y normativa

DE SPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCOLO O DOCTRAMAS DEFORMAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.

Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insuño	N/A	Objetivo	N/A	Motivo	N/A	Frecuencia de uso	N/A	Cantidad	N/A	Tiempo	N/A
------------------------	-----	----------	-----	--------	-----	-------------------	-----	----------	-----	--------	-----

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Solicitud: 49363274 Fecha: 07/03/2013 16:08
Depende: Formula med: 1000149544
Secuencia: 11001-20130227200 BOGOTA DEL 27/02/2013
Compañia: EPS SANITAS Nit: 8002514406
Plan: (10) INTEGRAL Telefono: 018000919100 Num_Vol: EPS005
Pagina No: 1 / 1

Nombre Usuario: RESTREPO_SERNA VALENTINA
Direccion: CARRERA 2 A # 72
Municipio: Departamento (11001)BOGOTA D.C.
E-Mail: @
Fec.Nacim: 06/01/1999 Antig: 591-S Categ: A
Tel.Residencia: 2101145 Tel.Acudiente:
Medico Ordena: DURAN_VENTURA,PAOLA
Medico Practica: FARMASANTAS SAS
Identificacion: C 52047001
Identificacion: N 800149695
Codigo: Codigo
Puerta Ent: Telefono
Tipo Proce: TERAPEUTICO Clase: FA Lugar: AMBULATORIO Tipo Volante: PRINCIPAL
Formula: A Entregas: 1
Sula: APLICA

Servicio: 697300056
Descripcion Servicio: INSUMO NO POS - SUMINISTRADO POR FARMASANTAS
Denom Cant Unidad: P 1 GENERICA

Conceto bono con volunt # 49363272
OBSERVACIONES: MADRAXTA S. 51.986.000 6945635

ANEXAR CUOTA MODERADORA
PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACION
REC RECOPRABLE ACTA 11001-20130227200 BOGOTA DEL 27/02/2013 VIGENTE POR 6 MESES, 1/6 ANEXAR ORDEN MEDICA
ORDENA DR DURAN RM 52047001 # CALLE 95 # RESERVORIOS 3ML CAYA 10 JUD.1 # SET DE INFUSISN 6ML CAYA 10UN.1 #
SENSORES ENLITE PARA MEDIR GLUCOSA CAYA SUNI1

272005

VOLANTE NORMAL
FARMASANTAS
FIRMA Y SELLO
Original

Funcionario Aprueba: PALACIOS_GONZALEZ,OLGA_LUCIA
Oficina: ACOMEDICA - CALLE 127
Elabora: PGOL
Cargo: SUPERV-COORD-DIRECTOR-ASESOR MED NIVE
Telefono:
Fecha Impresion: 02/03/2013:00:23
Ciudad: BOGOTA (PRINCIPAL)

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 01-APR-13

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

FUNDACION CARDIO INFANTIL
DRA. PAOLA DURAN
Endocrinología Pediátrica
Tel 6694588

Nombre: Valentina Restrepo Serna
 Fecha: 25/02/2013
 Dx : DM1

- 1) Reservorios de 3 ml
Caja x 10 Unidad #1 (6 x 6 meses)
- 2) Set de Infusión de 6 mm
Caja x 10 Unidades #1 (6 x 6 meses)
- 3) Sensores Enlite para medir glucosa
Caja x 5 Unidades # 1 (6 x 6 meses)
- 4) ADHESIVOS IV 3000 # 10 (60 x 6 meses)

49363274

E.P.S. SANITAS
 TRAMITADO POR CTC
 14 FEB 2013
 OFICINA CALLE 127
 FIRMA _____

Dr. Paola Durán Ventura
 Endocrinología
 R.M. 52047001



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicaciones de entidad reclamante: 13206061005

No Consecutivo recobro: 1320606101039

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606101039 - 288385

CC/1138878682 / M-08-13

III. Datos del afiliado

Tipo de documento: CC

Numero de documento de identidad: 1138878552

Primer Apellido: HINCAPIE

Segundo Apellido: ORDÓÑEZ

Primer Nombre: NATALIA

Segundo Nombre: ALEJANDRA

Tipo de afiliación: C

Nivel de cuota moderadora: E

V. Declaración de la entidad

DOCUMENTO

Copia(s) del Acta(s) del CTC: 1

Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s): 1

Orden(es) o Formuleta(s) Modificada(s): 0

Soportes Integrales del Recobro: 1

Totales: 3

Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta o del Recobro Anterior: 4

No. Radicación anterior reposa Acta de CTC (Formulario MYT-01): 0

IV. Detalle del recobro

Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médica	Periodo Suministro (S/N)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NIT Proveedor	Nombre Proveedor	Código Medicamento Servicio o Prestación	Nombre Medicamento Servicio o Prestación	Tipo Item	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Cuota Moderadora / Copago / Recuperación	Valor Recobro
1	11001-20130130118	30/01/2013	29/01/2013	S	03/2013-02	FAR100000000 1114590	12/03/2013	28/03/2013	E108	100.00	800149885-1	FARMASANTAS SAS	103240	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	IN	5	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	\$ 0,00	\$ 2.385.000,00
2	11001-20130130118	30/01/2013	29/01/2013	S	03/2013-02	FAR100000000 1114590	12/03/2013	28/03/2013	E108	100.00	800149885-1	FARMASANTAS SAS	82829	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	IN	10	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	\$ 0,00	\$ 470.000,00

Total Recobrado: \$ 2.855.000,00

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

MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS

Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Valor Total
1	SENSORES MEDIR GLUCOSA ENLITE	PIEZA	0.18	30	\$ 477.000,00	\$ 2.385.000,00	0	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
2	SET DE INFUSION BOMBA INSULINA	PIEZA	0.33	30	\$ 47.000,00	\$ 470.000,00	0	0	0	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00

CIUDAD:	BOGOTÁ
---------	--------

FECHA ACTA:	30/01/2013
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAM MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante		Documento de Identificación	Registro Médico		
PILAR RUIZ		30081750	2128/04		
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)		TIPO			
29/01/2013		CTC AMBULATORIO			
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN CON CUADRO CLÍNICO DE 12 AÑOS DE EDAD CON MUY MAL CONTROL METABOLICO DADO POR NIVELES DE HEMOGLOBINOSILADA MAYORES DE 11% DESDE HACE TRES AÑOS CON FRECUENTES EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN LA ACTUALIDAD SEVERA ASISTOMATICA POR LO QUE HA CONSULTADO MULTIPLES OCASIONES AL SERVICIO DE				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA	TRATAMIENTO	N/A	0,17	30	180
CUMS, CUPS:	103240				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA QUE SE REQUIERE PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LA GLUCEMIA Y REDUCIR EL RIESGO HIPOGLUCEMIA				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
HINCAPIE ORDONEZ NATALIA ALEJANDRA	1136879552	30-10-770645-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E108
Análisis del Caso:	EL COMITÉ DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN CON CUADRO CLÍNICO DE 12 AÑOS DE EDAD CON MUY MAL CONTROL METABOLICO DADO POR NIVELES DE HEMOGLOBINOSILADA MAYORES DE 11% DESDE HACE TRES AÑOS CON FRECUENTES EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN LA ACTUALIDAD SEVERA ASISTOMATICA POR LO QUE HA CONSULTADO MULTIPLES OCASIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS SE SOLICITA SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA PIEZA QUE SE REQUIERE PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LA GLUCEMIA Y REDUCIR EL

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

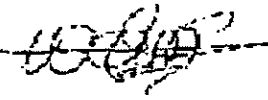
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

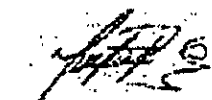
A: APROBADA N: NEGADA

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

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios

CIUDAD:	BOGOTA	FECHA ACTA:	30/01/2013
---------	--------	-------------	------------

Asistentes		
Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624857	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico			
PILAR RUIZ	30081750	2128/04			
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO				
29/01/2013	CTC AMBULATORIO				
Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN CON CUADRO CLINICO DE 12 AÑOS DE EDAD CON MUY MAL CONTROL METABOLICO DADO POR NIVELES DE HEMOGLOGLICOSILADA MAYORES DE 11% DESDE HACE TRES AÑOS CON FRECUENTES EPISODIOS DE HIPOGLICEMIA EN LA ACTUALIDAD SEVERA ASISTOMATICA POR LO QUE HA CONSULTADO MULTIPLES OCASIONES AL SERVICIO DE				
Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:					
Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
SET DE INFUSION 6 ML X 23	TRATAMIENTO	N/A	0.33	60	180
CUMS, CUPS:	82629				
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA SET DE INFUSION UE SE REQUIERE PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LA GLICEMIA Y REDUCIR EL RIESGO HIPOGLICEMIA				

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
HINCAPIE ORDONEZ NATALIA ALEJANDRA	1138879552	30-10-770645-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:	Código
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	E108
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADA AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE PACIENTE DE 25 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION CON CUADRO CLINICO DE 12 AÑOS DE EDAD CON MUY MAL CONTROL METABOLICO DADO POR NIVELES DE HEMOGLOGLICOSILADA MAYORES DE 11% DESDE HACE TRES AÑOS CON FRECUENTES EPISODIOS DE HIPOGLICEMIA EN LA ACTUALIDAD SEVERA ASISTOMATICA POR LO QUE HA CONSULTADO MULTIPLES OCASIONES AL SERVICIO DE URGENCIAS SE SOLICITA SET DE INFUSION UE SE REQUIERE PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LA GLICEMIA Y REDUCIR EL RIESGO HIPOGLICEMIA

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

8. Decisión:

Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

A: APROBADA	N: NEGADA
Justificación Técnica y normativa	SE DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUÍAS, PROTOCOLOS O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACIÓN CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA.

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Original Cliente - Contabilidad. 2a. Copia Consecutivo

Página 1 de 1

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Recibo (dd/mm/aaaa): _____

No. documento de identidad: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Recibo (dd/mm/aaaa): _____

No. documento de identidad: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Recibo (dd/mm/aaaa): _____

No. documento de identidad: _____

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

CN: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS		ON 00/100 MONEDA CORRIENTE.....	
TOTAL A PAGAR		\$2,855,000.00	
IVA TOTAL		\$0.00	
SUBTOTAL		\$2,855,000.00	
DESCUENTOS		\$0.00	
TOTAL BRUTO		\$2,855,000.00	

ODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VALOR TOTAL
29	SET INFUSION BOMBA INYECCION REE MANTEN 350 CAL X 10 QUICK	PZA	10	\$47,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$470,000.00
240	SENSOR MEDIR GLUCOSA ENLITE REE MANTEN 350 CAL X 5 CUMLO	PZA	5	\$477,000.00	\$0.00	0	\$0.00	\$2,385,000.00
VALOR TOTAL								

IECCION / SUCURSAL

Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

TELEFONO: 57571-6466060

Documento de identificación: No. 800251440-6

ENORES ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS SA

CONDICIONES DE PAGO	Credito	X	Contado
FECHA DE VENCIMIENTO	DD	MM	AAAA
	19	06	2013
PAGAR ANTES DEL	DD	MM	AAAA
	19	06	2013

ICA ACTIVIDAD ECONOMICA 80001A 5231, TARIFA ICA 4.14 X 100

SUCURSAL: 97, FARMA TUTELAS, CALLE 95

Referencia: 276998-21032013-25

ORIGINAL

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

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - REG. DIAN No. 11944 23-DIC-2004

REG. FACT DIAN No. 31000053845 de 2004 MAYO/2011 del FAR-1 al FAR-1-1,500,000

IVA REGIMEN COMUN

CL 89 12 24 Bogotá, Colombia PBX: 6466060 Fax: 6464522

NIT: 800 149 695-1

FARMASANTAS SAS

FACTURA DE VENTA

FAR100000001114590

FECHA DE EXPEDICION

DD

MM

AAAA

21

03

2013

AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Pag No:1 / 1

Solicitud: 49587364 ✓ Fecha: 12/03/2013:11:53
 Depende: Formula med:000019700148
 Secuencia:

Compania:EPS SANITAS Nit:8002514406 Codigo:EPS005
 Plan:(10) INTEGRAL Telefono:018000919100 Num_Vol: 6681445

Nombre Usuario Identificacion Fec.Nacim Tel.Resid
 HINCAPIE ORDONEZ,NATALIA_ALEJ C 1136879552 04/09/1987 4741941
 Direccion Contrato Antig Categ Tel.Acudie
 CALLE 142 # 102 B - 44 INT 6 30-10-770645-1-1 936-SC
 Municipio Departamento E-Mail
 (11001)BOGOTA (11001)BOGOTA D. natalmentell@hotmail.

Medico Ordena Identificacion Codigo Puerta Ent
 CLINICA COLSANITAS S.A. N 800149384 N
 Medico Practica Identificacion Codigo Telefono
 FARMASANITAS SAS N 800149695 9999999

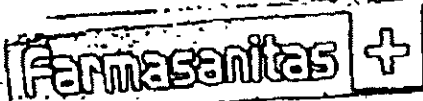
Tipo Proced Clase Lugar Tipo Volante
 TERAPEUTICO FA AMBULATORIO PRINCIPAL
 Guia Formula Entregas
 NO APLICA A 1

Servicio	Descripcion Servicio	Denoant	Unidad
697300049	INSUMO NO POS OTRAS ENTREGAS	P	1 GENERICA

OBSERVACIONES

PRESENTAR CARNE Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN

CTC ACTA 11001-20130130118 COMITI: BOGOTA DEL 30/01/2013 # 2 DE 6
 ENTREGAS # ANEXAR ORDEN MEDICA VIGENTE # SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA
 CAJA 5 UMI 1M# SET DE INFUSION 6MM CAJA 10UMI+1✓

 CALLE 95 Fecha: <u>Marzo 20/2013</u> Nombre: <u>Natalia Hincapié</u> Cédula: <u>1136879552</u> Firma y Sello Original: <u>1136879552</u>		 CALLE 95 Fecha: <u>Marzo 12/2013</u> Nombre: <u>Natalia Hincapié</u> Cédula: <u>5153252721</u> Firma y Sello Original: <u>4741941</u>	
Funcionario Aprueba	Oficina	Ciudad	
JIMENEZ HINESTROZA, ASTRID	OFICINA REGIONAL BOGOTA	BOGOTA (PRINCIPAL)	
Cargo	Telefono	Elabora	Fecha impresion
ASESOR INTEG - AUX EXP VO		JHA	12/03/2013:11:53 ✓

VALIDO POR 720 HORAS HASTA 11-APR-13

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

ORGANIZACION **SANITAS** INTERNACIONAL

Dra Pilar Cristina Ruiz Blanco
Endocrinología Metabólica Interna - Diabetología
U. Bosque - Hospital Militar

Nombre : NATALIA ALEJANDRA HINCAPIE ORDONEZ
Identificación : 1136879652
Fecha : 29/01/2013
Edad : 25 Años Sexo : F
Diagnóstico : E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
1-ADHESIVOS IV 3000 Paquete por 10 Unidades # 3 cambio cada 3 días
2- RESEERVORIOS 3 ml Caja por 10 Unidades # 3 Cambio cada 3 días
3-SENSORES PARA MEDIR GLUCOSA Caja por 5 Unidades # 3 Cambio 5 veces mes
4-SET DE INFUSION 6mm Caja por 10 Unidades # 3 PARA CAMBIO CADA 3 DIAS
FORMULA POR 6 (SEIS) MESES

Dra Pilar Cristina Ruiz Blanco
Especialista en Endocrinología y Metabolismo
C.C. 30410 R.M. 21287
PILAR CRISTINA RUIZ BLANCO
R.M. 21287 508M-21-2004
Endocrinología y Metabolismo
p.ruizendocrino@yahoo.com

CALLE 127 No. 20-78 CONSULTORIO 401
PBX: 2595500 2595501 Cel: 3132381956
p.ruizendocrino@yahoo.com

Dr. E.P.S. SANTITAS
TRAMITADO POR CTC
29 ENE 2013
OFICINA CALLE 127
FIRMA

Sol 49068550

48921890-1960

FARMASANTITAS
CALLE 95
Fecha: 29/01/2013
Nombre: Natalia Hincapié Ordóñez

1136879652
57533322
974191



I. Datos de Recobro

No Consecutivo por radicación de entidad reclamante: 13206061010

No Consecutivo recobro: 1320606102286

Tipo Radicación: 1

Numero Radicación anterior MYT01: 0

II. Datos de la Entidad

Código SNS: EPS005

Razón Social: EPS SANITAS SA

CIE: 1320606102286 - 288685

000000055059133

CC / 41540483 / M-06-13

III. Datos del afiliado

Numero de documento de identidad: 41540483

Primer Nombre: HILDA

Segundo Nombre:

Primer Apellido: GARCIA

Segundo Apellido:

Nivel de causa moderadora: E

Tipo de documento: CC

Tipo de afiliación: C

V. Declaración de la entidad		
DOCUMENTO	No. Doc.	No. Folios
Copia(s) del Acta(s) del CTC	1	1
Factura(s) del Proveedor(es) Cancelada(s)	1	45
Orden(es) o Formula(s) Médica(s)	1	1
Soportes Integrales del Recobro	44	44
Totales:	47	91
Datos de la solicitud en la que se anexo la copia del Acta o del Recobro Anterior		
No. Radicación anterior reposa Acta de CTC	0	

IV. Detalle del recobro											
Item	No Acta	Fecha Acta	Fecha Solicitud Médico	Periodo Recobro (SNI)	Periodo Suministro	No Factura	Fecha prestación de Servicio	Fecha Radicación Factura	Código Diagnóstico (CIE)	% Semanas	NTT Proveedor
1	11001-20121213071	13/12/2012	12/12/2012	N	12/2012-01	113 356391	04/12/2012	29/02/2013	R05	100.00	800149394-8
Nombre Proveedor: CLINICA COLSANITAS S.A.											
Código Medicamento Servicio o Prestación: 308998											
Nombre Medicamento Servicio o Prestación: CANISTER PARA SISTEMA VAC											
Tipo Item: IN											
Cantidad: 1											
Valor Unitario: \$ 1.031.940.00											
Valor Total: \$ 1.031.940.00											
Valor Cuentas Moderadoras / Cargo / Recuperación: \$ 0.00											
Valor Recobro: \$ 1.031.940.00											

Total Recobrado: \$ 1.031.940.00

IV.a. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS											
Item	Nombre	Presentación	Frecuencia Uso	Días Autorizados	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Código Similar POS	Nombre del Similar	Frecuencia Uso	Valor Total
1	CANISTER PARA SISTEMA VAC	PIEZA	1.00	1	1	\$ 1.031.940.00	\$ 1.031.940.00	0		0.00	\$ 0.00
SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS											
Valor Total: \$ 0.00											

CIUDAD:	BOGOTA
---------	--------

FECHA ACTA:	13/12/2012
-------------	------------

Asistentes

Representante EPS Sanitas	Representante IPS	Representante de Usuarios
WILLIAN MANUEL HERRERA MOLANO CC 79547894	MARCO FIDEL PEREZ CC 79624657	NELVA BENAVIDES PALACIOS CC 30702699

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

Nombre y Apellido del Médico Tratante	Documento de Identificación	Registro Médico
MORENO RAMIREZ LUIS ALEJANDRO	80816346	80816346
Fecha de Solicitud de Medicamentos (DD/MM/AAAA)	TIPO	
12/12/2012	CTC HOSPITALARIO	

Resumen de la Historia Clínica	PACIENTE HOSPITALIZADA DE 61 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR.
--------------------------------	---

Identificación del procedimiento/insumo solicitado no incluido en el POS:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
ATS CANISTER PARA SISTEMA DE CIERRE POR PRESION NEGATIVA VACUM	TRATAMIENTO	N/A	1,0	1	1

CUMS, CUPS:	308966
Justificación Medicamento No POS:	SE SOLICITA ATS CANISTER PARA SISTEMA DE CIERRE POR PRESION NEGATIVA VACUM POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.

3. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación	Contrato
GARCIA HILDA	41540493	30-10-323154-1-1

4. Diagnóstico

Descripción:		Código
PANCREATITIS AGUDA		K85
Análisis del Caso:	EL COMITE DESPUES DE ESTUDIAR LOS DOCUMENTOS E HISTORIA CLINICA SOLICITADOS AL MEDICO TRATANTE ENCUENTRA QUE ES UN PACIENTE HOSPITALIZADA DE 61 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR. SE SOLICITA ATS CANISTER PARA SISTEMA DE CIERRE POR PRESION NEGATIVA VACUM POR QUE ES UN PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUE ES MANTENER EL ADECUADO CONTROL DE LA SINTOMATOLOGIA PRODUCIDA.	

5. Verificación de los Criterios de Autorización:

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

6. Decisión:

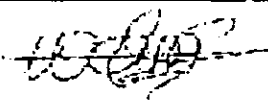
Decisión Adoptada Frente al Suministro del Procedimiento/ Insumo:	A
---	---

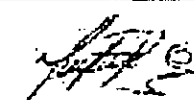
A: APROBADA N: NEGADA

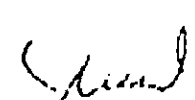
Justificación Técnica y normativa	DESPUES DE REVISAR, ANALIZAR Y COMPARAR CON LOS ESTANDARES, GUIAS, PROTOCCOLO O DOCTRINAS DEFINIDAS O PUBLICADAS PARA EL EFECTO, EL MEDICAMENTO SOLICITADO CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA SU APROBACION CON EL FIN DE INICIAR Y/O CONTINUAR CON EL MANEJO DE LA PATOLOGIA.
-----------------------------------	---

7. Equivalente Terapéutico:

Procedimiento / Insumo	Objetivo	Motivo	Frecuencia de uso	Cantidad	Tiempo
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A


Dr. William Herrera Molano
 Representante EPS Sanitas


Dr. Marco Fidel Perez
 Representante IPS


Sra. Nelva Benavides Palacios
 Representante de Usuarios

Clinica Colsanitas S.A.

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL

CLÍNICA COLSANITAS S.A.
NIT. 800.149.384 - 6Calle 23 N° 66 - 46 Bogotá D.C., Colombia
Teléfono: 594 8650 - Fax: 594 8650 ext. 15566

FACTURA DE VENTA		FECHA DE EXPEDICIÓN	
113	358391	DD	MM
No. 113 358391		19/02/2013	

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	SI ESTA FACTURA NO ES PAGADA DENTRO DEL PLAZO FIJADO, CAUSARÁ INTERESES DE MORA DEL % POR MES O FRACCIÓN.	CONDICIONES DE PAGO	FECHA DE VENCIMIENTO
/11/2012	05/01/2013		Credito X Contado	DD MM AAAA 21/03/2013

PACIENTE	ENTIDAD	RESPONSABLE
RE: GARCIA ELIDA	S.P.B. SANITAS	
IDENTIFICACION: CC 41540493	NIT: 800251440	
CCION: CLL 11 N 116 70	MODELOS: YERITZA GARCEN	
FONDO: 6122353	CANJE No: 010000032315400	
004CI	PARENTESCO: ESJA	

CÓDIGO	CONCEPTO	VALOR
001	HOSPITALIZACIÓN	4,099,640.00
004	MEDICAMENTOS	21,094,351.00
006	MATERIAL QUIRURGICO	17,860,198.00
007	AYUDANTIA QUIRURGICA	606,960.00
008	DERECHOS DE SALA CIRUGIA	2,199,970.00
012	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	20,398,770.00
013	OXIGENIO	4,128,830.00
014	PATOLOGIA	605,210.00
015	LABORATORIO CLINICO	6,701,790.00
016	IMAGENOLOGIA	1,269,370.00
019	ELECTROCARDIOGRAMA	24,340.00
020	ECOCARDIOGRAMA	253,940.00
024	ECOGRAFIA	780,700.00
025	TAC	763,710.00
030	ECGOMARIOS MEDICOS	2,413,077.00
034	DERECHOS DE SALA DE URGENCIAS	62,540.00
036	CONSULTA URGENCIAS	22,050.00
037	TERAPIA RESPIRATORIA	520,570.00
040	NUTRICION Y DIETETICA	5,860.00
056	TERAPIA FIBICA	288,130.00
	SOPORTE NUTRICIONAL	305,820.00
	CONSULTA TERAPIA DEL LENGUAJE	39,880.00

CANCELAUC

ORGANIZACION SANTAS INTERNACIONAL
CUENTAS MEDICAS
DE CLINICA COLOMBIA
26 FEB 2013
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
No implica aceptación como Título Valor.

NC \$5.645.277

SANTAS
72 033625

OCENTA Y CUATRO MILLORES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOventa y DOS PESOS	TOTAL A PAGAR	84,445,706.00
---	---------------	---------------

OBSERVACIONES:

RESOLUCIÓN DIAN No. 310000056842 del 2011/10/13 Autoriza al N° 113 - 217001 al N° 113 - 409000
--

Somos autoretenedores Resolución No. 0230 del 26 de Diciembre de 1995, Servicios excludos del IVA, humeral 1 del artículo 476 del E.T.
--

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Resolución No. 3876 del 22 de Diciembre de 1999, Responsable del IVA Régimen Común.
--

ICA Bogotá - Código Actividad Económica 8511 - Tarifa 9.66 x 1000

ISOR FIRMADO POR: [Firma] Nombre: [Nombre]	Firma de quien revisa [Firma] Nombre: [Nombre]	Datos de quien recibe a conformidad Firma: [Firma] Nombre: [Nombre] No. documento de identidad: [Número] Fecha de recibido (dd/mm/aaaa): [Fecha]
--	--	--

CESAR SABOGAL

APROBADO POR:

MARITZA SALAZAR
ELABORADO POR

Visto: AUDITORIA

ANEXAMOS DOCUMENTOS SOPORTES. ORIGEN DE LA(S) OPERACIÓN(ES) REALIZADA(S)		TOTAL		951,816.00
NOTA:				
A factura No. 113-356391		Se ajusta:		
FALTA EVIDENCIA EN HC		83,493,890		951,816
84,445,708		951,816		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR	
EN LA FECHA HEMOS AFECTADO SU CUENTA POR EYLOS) SIGUIENTE(S) CONCEPTO(S):				
COMPANIA: Clinica ColanitasCUC		NIT: 880149384-6		
PARA COMPANIA: EPS		NIT: 81REFI		
NOTA CONTABLE		CUC20136948		
FECHA		20/03/2013		
CREDITO		X		

CLINICA COLSANITAS S.A.
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA

LISTADO DE CARGOS CONFIRMADOS
FECHA GENERADO: 19/02/2013 03:02

PACIENTE: GARCIA HILDA
ADMISSION: H 2012 16776
DOCUMENTO: CC 41540493
FECHA INGRESO: 10/11/2012
ENTIDAD: E.P.S. SANITAS
No. CARNET: 0100000323154000103
TRANSACCION: MA 0

FECHA DESDE: 01/01/2012
FECHA HASTA: 19/02/2013

Pagina 1

CAJA: VALOR TRANS:

Concepto: AYUDANTIA QUIRURGICA

COS		C COS TIPO											
ACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL		
17	245373	12/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48944816		160	540.00	06,400.00		
17	245374	12/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48944816		84	540.00	45,360.00		
17	245376	14/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	47849142		100	540.00	54,000.00		
17	245378	18/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	47904906		100	540.00	54,000.00		
17	245379	20/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	47945775		100	540.00	54,000.00		
17	245380	25/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48945257		100	540.00	54,000.00		
17	245382	16/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48945166		100	540.00	54,000.00		
17	245383	13/12/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48646732		150	540.00	81,000.00		
17	245384	23/12/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	49226384		130	540.00	70,200.00		
17	245385	22/11/2012	0017	S	607000057	HONORARIOS AYUDANTIA QUIRURGICA	48945223		100	540.00	54,000.00		
Total Concepto: 606,960.00													

rgos Concepto: 1124

Concepto: CONSULTA TERAPIA DEL LENGUAJE

COS		C COS TIPO											
ACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL		
136	723740	01/12/2012	0013	H	501000005	TERAPIA DEL LENGUAJE (FONOAUDIOLOGIA)			1	9,970.00	9,970.00		
136	723948	02/12/2012	0013	H	501000005	TERAPIA DEL LENGUAJE (FONOAUDIOLOGIA)			1	9,970.00	9,970.00		
136	724185	03/12/2012	0010	H	501000005	TERAPIA DEL LENGUAJE (FONOAUDIOLOGIA)			1	9,970.00	9,970.00		
136	724766	04/12/2012	0013	H	501000005	TERAPIA DEL LENGUAJE (FONOAUDIOLOGIA)			1	9,970.00	9,970.00		
Total Concepto: 39,880.00													

rgos Concepto: 4

Concepto: CONSULTA URGENCIAS

COS		C COS TIPO											
ACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL		

FACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL
126	431820	17/11/2012	0013	S	402010018	DERIVACION O DRENAJE_ A LA ZONA_			1	36,418.00	36,418.00
						AGREGAR					
126	431020	17/11/2012	0013	S	402010018	DERIVACION O DRENAJE_ A LA ZONA_			1	36,410.00	36,410.00
						AGREGAR					
126	431020	17/11/2012	0013	S	402010035	BIOPSIA PERCUTANEA PUNCION			1	103,810.00	103,810.80
						ASP.AGREGAR AL VALOR					
						DEREGION:GUIA PROCEDIMIENTO					
						ECOGRAFICO.					
126	431020	17/11/2012	0013	S	402010035	BIOPSIA PERCUTANEA PUNCION			1	183,818.00	103,818.00
						ASP.AGREGAR AL VALOR					
						DEREGION:GUIA PROCEDIMIENTO					
						ECOGRAFICO.					
126	431592	21/11/2012	0013	S	402010117	ESTUDIO PORTATIL (AL VALOR DEL			1	20,790.00	20,790.00
						EXAMEN AGREGAR)					
126	431592	21/11/2012	0013	S	402810032	ECOGRAFIA DE TORAX (INCLUYE			1	32,460.00	32,468.00
						PLEUMA Y PERICARDIO)					
126	434837	09/12/2012	0013	S	402810117	ESTUDIO PORTATIL (AL VALOR DEL			1	20,790.00	20,790.00
						EXAMEN AGREGAR)					
126	434837	09/12/2012	0013	S	402010018	DERIVACION O DRENAJE_ A LA ZONA_			1	36,410.00	36,410.00
						AGREGAR					
126	434837	09/12/2012	0013	S	402010035	BIOPSIA PERCUTANEA PUNCION			1	103,818.80	103,810.00
						ASP.AGREGAR AL VALOR					
						DEREGION:GUIA PROCEDIMIENTO					
						ECOGRAFICO.					
126	438863	03/01/2013	0010	S	402010018	DERIVACION O DRENAJE_ A LA ZONA_			1	34,570.00	34,570.00
						AGREGAR					
126	438863	03/01/2013	0010	S	402010018	DERIVACION O DRENAJE_ A LA ZONA_			1	34,570.00	34,578.00
						AGREGAR					
126	438863	03/01/2013	0010	S	402010035	BIOPSIA PERCUTANEA PUNCION			1	98,560.80	98,560.00
						ASP.AGREGAR AL VALOR					
						DEREGION:GUIA PROCEDIMIENTO					
						ECOGRAFICO.					
126	438863	03/01/2013	0010	S	402010035	BIOPSIA PERCUTANEA PUNCION			1	98,560.00	98,560.00
						ASP.AGREGAR AL VALOR					
						DEREGION:GUIA PROCEDIMIENTO					
						ECOGRAFICO.					
126	439208	05/01/2013	0013	S	402010117	ESTUDIO PORTATIL (AL VALOR DEL			1	19,740.08	19,740.08
						EXAMEN AGREGAR)					

total Concepto: 780,700.00

argos Concepto: 14

Concepto: ELECTROCARDIOGRAMA

COS		C COS TIPO									
FACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL
124	214759	10/11/2012	0041	S	403091001	ELECTROCARDIOGRAFIA			1	24,340.08	24,340.00
total Concepto: 24,340.00											

argos Concepto: 1

Concepto: HONORARIOS MEDICOS

COS		C COS TIPO									
FACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL
110	70645	04/01/2013	0010	S	687000005	HON. MEDICOS INTERCONSULTA			1	22,800.00	22,800.00
118	213141	12/11/2012	0018	S	606020013	DE 151 HASTA 170 UVR	40944016		1	219,740.00	219,740.00
118	213142	12/11/2012	0018	S	606020012	DE 131 HASTA 150 UVR	48944816		1	100,687.08	108,687.08

COS		C COS TIPO											
FACT	CARGO	FEC CARGO	SOLIC	CARGO	CODIGO	DESCRIPCION	POS	AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL		
127	940952	10/11/2012	0041	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	940952	10/11/2012	0041	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	941579	11/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	941579	11/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	942630	13/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	942630	13/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	943419	14/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	943419	14/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	944236	15/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	944236	15/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	944561	15/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	944561	15/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	945008	16/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	945008	16/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	946453	17/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	946453	17/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	947135	18/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	947135	18/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
2	948255	20/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	948255	20/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	948931	21/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	948931	21/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	949418	22/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	949418	22/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	949651	22/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	949651	22/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	949935	23/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX SIMPLES (HABITACIONES.U.C.I.R.N CIR.MENOR AGREGAR VR			1	21,740.00	21,740.00		
127	949935	23/11/2012	0013	S	402030078	TORAX (P.A.Y LAT.). REJA COSTAL			1	28,850.00	28,850.00		
127	950084	23/11/2012	0013	S	402030126	PORTATILES PARA ESTUDIOS RX			1	21,740.00	21,740.00		

Concepto: LABORATORIO CLINICO									
Concepto: 50									
Cal Concepto: 1,269,310.00									
COD	COS	TIPO	CARPO	REC	CARPO	SOLIC	CARPO	DESCRIPCION	POS AUTORIZACION
C COS TIPO									
CARPO	REC	CARPO	SOLIC	CARPO	DESCRIPCION	POS AUTORIZACION	CANT	VLR UNIT	VLR TOTAL
27	950084	23/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	950084	23/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	950730	25/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	950730	25/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	951156	25/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	951156	25/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	951156	25/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	951156	25/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	952817	30/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	952817	30/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	952817	30/11/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	952817	30/11/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	953815	02/12/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	953815	02/12/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	954583	03/12/2012	0010	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	954583	03/12/2012	0010	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	958311	13/12/2012	0088	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	958311	13/12/2012	0088	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	958455	13/12/2012	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	28,850.00	28,850.00
27	958455	13/12/2012	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	21,740.00	21,740.00
27	969108	05/01/2013	0018	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	27,390.00	27,390.00
27	969108	05/01/2013	0018	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	20,640.00	20,640.00
27	969141	05/01/2013	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	27,390.00	27,390.00
27	969141	05/01/2013	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	20,640.00	20,640.00
27	969192	05/01/2013	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	27,390.00	27,390.00
27	969192	05/01/2013	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	20,640.00	20,640.00
27	969192	05/01/2013	0013	S	402030078	TOXAX (P.A.Y LAT I, REJA COSTAL	1	27,390.00	27,390.00
27	969192	05/01/2013	0013	S	402030126	SIMPLES (HABITACIONES U.C.I.R.M	1	20,640.00	20,640.00
30	1128520	10/11/2012	0041	S	401020163	GLUCOMETRIA	1	1,130.00	1,130.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020010	ALBUMINA	1	4,340.00	4,340.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020081	GLUCOSA BASAL O POST C/U	1	5,490.00	5,490.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020055	CREATININA EN SIERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020030	BILIRUBINA TOTAL Y DIRECTA	1	6,400.00	6,400.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020100	MITROGENO UREICO - CREA-	1	6,400.00	6,400.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020027	ASPARATO MINORALSTERNAS	1	6,620.00	6,620.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020009	ALAMINIO	1	6,930.00	6,930.00

30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401020058	DESHIDROGENASA LACTICA -LDH-	1	9,480.00	9,480.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1	10,170.00	10,170.80
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
30	1128550	10/11/2012	0041	S	401010087	TIEMPO DE PROTOMINA (PT)	1	10,170.00	10,370.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.80	7,770.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.80	7,770.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
30	1128953	11/11/2012	0013	S	401020022	AMILASA	1	13,580.00	13,580.80
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020030	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	1	6,400.00	6,480.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,488.80
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,778.08
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1	10,170.00	10,170.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401020074	FOSFORO INORGANICO - FOSFATOS-	1	10,170.00	10,170.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
30	1129643	12/11/2012	0013	S	401010087	TIEMPO DE PROTOMINA (PT)	1	10,370.00	10,370.00
30	1129644	12/11/2012	0013	S	401810027	ASPARTATO AMINOTRANSFERASAS -AST.TGO-	1	6,620.00	6,620.00
30	1129644	12/11/2012	0011	S	401020009	ALANINO	1	6,930.00	6,938.00
30	1129644	12/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1129644	12/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1129644	12/11/2012	0013	S	401020091	LIPASA	1	15,290.00	15,290.00
30	1129840	12/11/2012	0041	S	401000013	COLORACION GRAH	1	5,350.00	5,350.00
30	1129840	12/11/2012	0041	S	401080826	CULTIVO PARA GERMEENES AEROBICOS DE ABSCESOS Y/O SITIOS CONTAMINADOS. INCLUYE IDENTIFICACION	1	38,800.00	30,800.00
30	1129840	12/11/2012	0041	S	401080031	CULTIVO PARA GERMEENES ANAEROBICOS	1	46,450.00	46,450.80
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,480.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
30	1130051	13/11/2012	0013	S	401020094	MAGNESIO	1	13,240.00	13,248.08
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401820041	CLORO	1	7,770.00	7,778.80
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
30	1130995	14/11/2012	0013	S	401020094	MAGNESIO	1	13,240.00	13,248.00
30	1131480	14/11/2012	0013	S	401080013	COLORACION GRAH	1	5,350.00	5,350.00
30	1131480	14/11/2012	0013	S	401080055	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. CULTIVO INCLUYE A/B APLICAR COD.SPC 71901	1	28,770.80	28,770.00

030	1134139	19/11/2012	0013	S	481020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1134139	19/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134139	19/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134139	19/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134139	19/11/2012	0813	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
030	1134139	19/11/2012	0013	S	401020094	MAGNESIO	1	13,240.00	13,240.00
030	1134141	19/11/2012	0013	S	401080026	CULTIVO PARA GERMESES AEROBIOS DE ABSCESOS Y/O SITIOS CONTAMINADOS. INCLUYE IDENTIFICACION	2	30,800.00	61,600.00
030	1134648	19/11/2012	0013	S	401088048	MICOSIS SUPERFICIALES. ESTUDIO DIRECTO CON KOH	5	6,620.00	33,100.00
030	1134708	19/11/2012	0013	S	401080052	CULTIVO PARA HONGOS	5	19,970.80	99,850.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUELO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
030	1134129	20/11/2012	8013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	1	10,170.00	10,170.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
030	1134829	20/11/2012	0013	S	401810087	TIEMPO DE PROTOMINA (PT)	1	10,370.00	10,370.00
030	1135320	20/11/2012	0013	S	403094302	APLICACION DE GLOBULOS ROJOS SANGRE TOTAL O PLASMA EN PACIENTE HOSPITALIZADO (UNIDAD)	2	25,160.00	50,360.00
030	1135328	20/11/2012	8013	S	401110002	CONCENTRADO DE ERITROCITOS	2	143,610.00	287,220.00
030	1135495	21/11/2012	8013	S	481020055	CREATININA EN SUELO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
030	1135495	21/11/2012	8013	S	481020180	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1135495	21/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1135495	21/11/2012	8013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1135495	21/11/2012	8013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
030	1135495	21/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
030	1136244	22/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUELO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
030	1136244	22/11/2012	0013	S	401020108	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1136244	22/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1136244	22/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1136244	22/11/2012	8013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
030	1136244	22/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
030	1136554	22/11/2012	0013	S	401080013	COLONACION GRAM	1	5,350.00	5,350.00
030	1136554	22/11/2012	0013	S	401080026	CULTIVO PARA GERMESES AEROBIOS DE ABSCESOS Y/O SITIOS CONTAMINADOS. INCLUYE IDENTIFICACION	1	30,800.00	30,800.00
030	1136920	23/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1136920	23/11/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	1	10,170.00	10,170.00
030	1136920	23/11/2012	0813	S	481010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
030	1136920	23/11/2012	0813	S	401010007	TIEMPO DE PROTOMINA (PT)	1	10,370.00	10,370.00
030	1137018	23/11/2012	0013	S	481020055	CREATININA EN SUELO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
030	1137019	23/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1137019	23/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
030	1137019	23/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
030	1137533	23/11/2012	0013	S	401000039	HEMOCULTIVO PARA GERMESES AEROBIOS. CADA MUESTRA POR METODO MANUAL	2	17,880.00	35,760.00
030	1137533	23/11/2012	0013	S	401080026	CULTIVO PARA GERMESES AEROBIOS DE ABSCESOS Y/O SITIOS CONTAMINADOS. INCLUYE IDENTIFICACION	1	30,800.00	30,800.00
030	1137550	24/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUELO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
030	1137550	24/11/2012	0813	S	481020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
030	1137550	24/11/2012	0013	S	401020031	CALCIO	1	6,400.00	6,400.00

130	1140056	28/11/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	1	10,170.00	10,170.00
130	1140056	28/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1140056	28/11/2012	0013	S	401010087	TIEMPO DE PROTOMBSINA (PTI)	1	10,370.00	10,370.00
130	1140056	28/11/2012	0013	S	401020094	MAGNESIO	1	13,240.00	13,240.00
130	1140786	29/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1140786	29/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1140786	29/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1140786	29/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1141476	30/11/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142077	01/12/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1142730	02/12/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1143078	03/12/2012	0010	S	401020163	GLUCOMETRIA	3	3,130.00	9,390.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401090014	UROANALISIS-CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIMENTO	1	5,740.00	5,740.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1143325	03/12/2012	0010	S	401070188	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA (NEFELOMETRIA)	1	17,240.00	17,240.00
130	1143493	03/12/2012	0010	S	401090014	UROANALISIS-CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIMENTO	1	5,740.00	5,740.00
130	1144043	05/12/2012	0010	S	401020163	GLUCOMETRIA	4	3,130.00	12,520.00
130	1144043	05/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1144043	05/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1144043	05/12/2012	0010	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1144044	04/12/2012	0010	S	401080012	HEMOCULTIVO	3	16,690.00	50,070.00
130	1144134	05/12/2012	0010	S	609000007	GLUCOMETRIA	4	3,040.00	12,160.00
130	1144290	04/12/2012	0010	S	401080013	COLORACION GRAM	1	5,350.00	5,350.00
130	1144298	04/12/2012	0010	S	401080044	MICROBACTERIAS NO TUBERCULOSAS. CULTIVO	1	19,020.00	19,020.00
130	1144290	04/12/2012	0010	S	401000052	CULTIVO PARA HONGOS	1	19,970.00	19,970.00
130	1144290	04/12/2012	0010	S	401080026	CULTIVO PARA GERMESES AEROBIOS DE ABSCESES Y/O SITIOS CONTAMINADOS. INCLUYE IDENTIFICACION	1	30,600.00	30,600.00
130	1144290	04/12/2012	0010	S	401080031	CULTIVO PARA GERMESES ANAEROBIOS	1	46,450.00	46,450.00
130	1144665	05/12/2012	0010	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1144665	05/12/2012	0010	S	401020100	NITROGENO UREICO -BUN-	1	6,400.00	6,400.00
130	1144742	06/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1144742	06/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1144742	06/12/2012	0010	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00

130	1150376	13/12/2012	0020	S	401110002	CONCENTRADO DE ERITROCITOS	2	143,610.00	287,220.00
130	1150455	13/12/2012	0020	S	401110009	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR INCLUYE: HEMOCLASIFICACIÓN DE DONANTE RECEPTOR	2	15,430.00	30,860.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	1	10,170.00	10,170.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1150458	13/12/2012	0013	S	401010087	TIEMPO DE PROTONBINA (PT)	1	10,370.00	10,370.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401020100	NITROGENO UREICO -DUN-	1	6,400.00	6,400.00
130	1150604	14/12/2012	0011	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401010091	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TPT)	1	10,170.00	10,170.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1150604	14/12/2012	0013	S	401010087	TIEMPO DE PROTONBINA (PT)	1	10,370.00	10,370.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1152573	17/12/2012	0010	S	401070188	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA (NEFELOMETRIA)	1	17,240.00	17,240.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401020055	CREATININA EN SUERO Y OTROS	1	5,980.00	5,980.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401020041	CLORO	1	7,770.00	7,770.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401010051	HEMOGRAMA TIPO IV-	1	10,360.00	10,360.00
130	1153190	17/12/2012	0041	S	401070188	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA (NEFELOMETRIA)	1	17,240.00	17,240.00
130	1153360	18/12/2012	0010	S	609000007	GLUCOMETRIA	4	3,040.00	12,160.00
130	1153914	20/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1153914	20/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1154021	19/12/2012	0010	S	609000007	GLUCOMETRIA	4	3,040.00	12,160.00
130	1154605	20/12/2012	0010	S	401020123	SODIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1154605	20/12/2012	0010	S	401020106	POTASIO	1	7,770.00	7,770.00
130	1154605	20/12/2012	0010	S	609000007	GLUCOMETRIA	4	3,040.00	12,160.00
130	1155225	21/12/2012	0010	S	401020163	GLUCOMETRIA	4	3,130.00	12,520.00
130	1155225	21/12/2012	0010	S	401020163	GLUCOMETRIA	4	3,130.00	12,520.00
130	1155863	22/12/2012	0010	S	401010047	HEMOGLOBINA-HEMATOCRITO (MANUAL)	1	3,960.00	3,960.00
130	1155928	22/12/2012	0010	S	401110009	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR INCLUYE: HEMOCLASIFICACIÓN DE DONANTE RECEPTOR	3	15,430.00	46,290.00
130	1155928	22/12/2012	0010	S	401110012	RASTREO DE ANTICUERPOS	1	16,090.00	16,090.00
130	1155974	22/12/2012	0010	S	403094302	APLICACION DE GLOBULOS ROJOS SANGRE TOTAL O PLASMA EN PACIENTE HOSPITALIZADO (UNIDAD)	1	25,180.00	25,180.00
130	1155974	22/12/2012	0010	S	401110002	CONCENTRADO DE ERITROCITOS	1	143,610.00	143,610.00
130	1156038	22/12/2012	0010	S	403094302	APLICACION DE GLOBULOS ROJOS SANGRE TOTAL O PLASMA EN PACIENTE HOSPITALIZADO (UNIDAD)	1	25,180.00	25,180.00
130	1156038	22/12/2012	0010	S	401110002	CONCENTRADO DE ERITROCITOS	1	143,610.00	143,610.00
130	1156104	22/12/2012	0010	S	403094302	APLICACION DE GLOBULOS ROJOS SANGRE TOTAL O PLASMA EN PACIENTE HOSPITALIZADO (UNIDAD)	1	25,180.00	25,180.00

64	131908	12/11/2012	0017	P	317518	LINEA SEMI-RIGIDA - CM 200CM. +	48944816	M	48944816	1	15,905.00	135,703.00	15,905.00
64	131798	12/11/2012	0017	P	300289	SOMDA NASO-CASTRICA LEXIPLA 12PR	48944816	N	48944816	1	135,703.00	135,703.00	135,703.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	316304	HODJA BISTURI NO. 15 (REF LCTD15	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	316304	LCT MEDICAL CAJ X 100	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	307190	AGUJA DESCHABL 22G X 1 1/2 P	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	312128	HODJA BISTURI NO. 20 (REF LCTD20	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310312	LCT MEDICAL CAJ X 100	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310312	AGUJA PROBLENE 3-0 (15H 90CM REF	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	SUTURA SEDM 2-0 1/8 75CM REF S	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	REF SAB37 SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	MEGRA	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	REF SAB37 SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	SUTURA SEDM 3-0 5/8 75CM REF S	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310318	REF SAB47 SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	306723	APPOSITO TENDONCOTI REF 9182A CAJ	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	311144	X 18 KIDNALL TECHNICON	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	311144	LCC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	47802165	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	301464	SUTURA PROLENE 3-0 85-1 45CM R	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310311	REF P6637 SOB X 1 ETHICON 45CM	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	310311	SUTURA PROLENE 2-0 SC-26 45CM REF	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	316835	REF XWCP316H SOB X 1 ETHICON	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	316835	REF XWCP316H SOB X 1 ETHICON	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	315505	SUTURA VICRYL PLUS 1-0 CT-1 90	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	312815	90CM VIOLETA	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	312815	QUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF	47802165	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	311143	LCC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	47802165	N	47802165	3	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	311143	QUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	47802165	N	47802165	3	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	308283	REF LCC670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	47802165	N	47802165	4	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	308283	QUA ESTERIL NO TUDIA 7.5CM X	47802165	N	47802165	4	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	308283	7.5CM REF 1814503 COTRABLAST 500	47802165	N	47802165	4	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	319132	ELECTRODO DESCHABL MONITORAO	47849142	N	47849142	1	385.00	385.00	385.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300750	REF 2220 SOB X 50 CM ADULTO	47849142	N	47849142	1	480.00	480.00	480.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300750	REF 308612 SOB X 1 ECTON	47849142	N	47849142	1	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300751	REF 308612 SOB X 1 ECTON	47849142	N	47849142	2	540.00	540.00	540.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300751	REF 302495 SOB X 1 ECTON	47849142	N	47849142	2	0.00	0.00	0.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	47849142	N	47849142	3	727.00	727.00	727.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300273	DICKINSON 10ML	47849142	N	47849142	1	925.00	925.00	925.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	300273	SOMDA NASO-CASTRICA LEXIN 18PR	47849142	N	47849142	1	925.00	925.00	925.00
64	131936	14/11/2012	0017	P	319004	REF 302499 SOB X 1 ECTON	47849142	N	47849142	1	2,352.00	2,352.00	2,352.00

364	131936	14/11/2012	0017	P	301134	25131 KENDALL SOB X 1 CYSTOFLO ADULTO 2000 ML REF MR REF MRD2926 CAJ X 30 BAXTER 2000ML AD	N	47849142	1	9,458.00	9,458.80
364	131936	14/11/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1800ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	47849142	4	15,905.00	63,628.00
364	132277	18/11/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	48646732	3	269.00	807.80
364	132277	18/11/2012	0017	P	119132	ELECTRODO DESECABLE MONITOREO REF 2228 SOB X 50 3M ADULTO	N	47904985	2	385.00	770.08
364	132277	18/11/2012	0017	P	308751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47904906	2	540.80	1,080.80
364	132277	10/11/2012	0817	P	380752	JERINGA DESECHABLE 18ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	47904906	1	727.08	727.80
364	132277	18/11/2012	0017	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N LCCG65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 6.5	N	48646732	1	819.00	819.00
364	132277	18/11/2012	0017	P	311252	GUANTE QUIRURGICO NO. 8 REF LC REF LCCG88 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 8	N	48646732	1	819.80	819.80
364	132277	18/11/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N LCCG75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	48646732	2	819.00	1,638.08
364	132277	18/11/2012	0017	P	311343	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCCG70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	48646732	4	819.00	3,276.88
364	132277	18/11/2012	0017	P	320591	FILTRO HUMIDIFICADOR (MARIZ DE CAMELLO) AD INTERTHERM REF 13410885 SOB X 1	N	48646732	1	4,937.80	4,937.00
364	132277	18/11/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1000ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	47904906	2	15,905.08	31,810.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	48646732	2	269.00	538.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	48945166	1	540.00	540.00
364	132279	16/11/2012	0817	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	48945166	1	727.00	727.08
364	132279	16/11/2012	0017	P	319187	GUANTE CIRUGIA REF LCCG60 CAJ X 58 LCT MEDICAL NO 6.0	N	48646732	1	819.00	819.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCCG70 CAJ X 58 LCT MEDICAL NO. 7	N	48646732	1	819.00	819.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	311252	GUANTE QUIRURGICO NO. 8 REF LC REF LCCG80 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 8	N	48646732	1	819.08	819.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N LCCG65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 6.5	N	48646732	2	819.08	1,638.80
364	132279	16/11/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N LCCG75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	48646732	2	819.08	1,638.00
364	132279	16/11/2012	0017	P	317154	CATETER DE SEGURIDAD INSYTE 18G X M 1.16PULG REF 381844 BECTON	N	48945166	1	3,965.80	3,965.00

64	132279	16/11/2012	0017	P	310732	RESERVOIRIO J-VAC ESTERIL 450ML DICKINSON 508 X 1	N	40945166	1	115,676.80	115,676.80	149,142.00	139.00	149,142.00
64	132279	16/11/2012	0017	P	321034	ORENATE BLAKE 240X 18 ACQUA DESCECHABLE 226 X 1 1/2 P	N	48945166	1	149,142.00	149,142.00	149,142.00	139.00	149,142.00
64	132367	28/11/2012	0017	P	307198	ACQUA DESCECHABLE 226 X 1 1/2 P REF 302354 503 X 1 BECTON	N	48646732	1	139.00	139.00	139.00	139.00	139.00
64	132367	20/11/2012	0017	P	307196	ACQUA DESCECHABLE 186 X 1 1/2 P DICKINSON 226 X 1 1/2 BULT	N	48646732	1	175.00	175.00	175.00	175.00	175.00
64	132367	20/11/2012	0017	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N LCC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	48646732	2	819.00	819.00	1,630.08	1,630.08	1,630.08
64	132367	20/11/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCC670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	N	48646732	2	819.00	819.00	1,638.00	1,638.00	1,638.00
64	132367	28/11/2012	0017	P	312015	LCC675 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. REF LCC675 CAJ X 50 LCT MEDICAL	N	48646732	4	2,276.00	2,276.00	2,276.00	2,276.00	2,276.00
64	132367	28/11/2012	0017	P	307193	JERINGA DESCECHABLE 51X ACQUA 2 508 X 1 BECTON DICKINSON 28ML	N	47945775	1	1,298.00	1,298.00	1,298.00	1,298.00	1,298.00
64	132367	20/11/2012	0017	P	301079	EQUIPO HACROGOTEO 51X ACQUA REF MCC8001P BAYTER 503 X 1	N	47945775	1	1,655.80	1,655.80	1,655.80	1,655.80	1,655.80
64	132367	20/11/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1080ML SOLIDIFICANTE TOTAL UN8	N	47945775	2	31,810.00	31,810.00	31,810.00	31,810.00	31,810.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N LCC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	311143	REF LCC670 CAJ X 50 LCT MEDICAL GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	N	47802165	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N LCC675 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 COMPAPLAST 508	N	47802165	3	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
64	132368	25/11/2012	0017	P	300751	JERINGA DESCECHABLE 51X REF 302 REF 302495 503 X 1 BECTON	N	48945257	2	540.00	540.00	1,080.00	1,080.00	1,080.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	300752	JERINGA DESCECHABLE 186X REF 30 REF 302499 503 X 1 BECTON	N	48945257	2	127.00	127.00	1,454.00	1,454.00	1,454.00
64	132368	25/11/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1080ML SOLIDIFICANTE TOTAL UN8	N	48945257	1	15,905.08	15,905.08	15,905.08	15,905.08	15,905.08
64	132323	04/12/2012	0017	P	311144	LCC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N	N	47802165	1	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08

64	133223	04/12/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	1	0.00	0.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	311252	GUANTE QUIRURGICO NO. 8 REF LC REF LCGC80 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 8	N	47802165	1	0.00	0.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	5	0.00	0.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	319132	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2220 SOB X 50 3M ADULTO	N	47802165	5	385.00	1,925.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47802165	3	540.00	1,620.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	300296	SONDA MELATON 10FR MEDEX SOB X 1	N	47802165	1	679.00	679.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	47802165	5	727.00	3,635.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	337123	TUBO SUCCION BOL X 1 BIOLIFE 6.4MMX3MT	N	47802165	1	3,809.00	3,809.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	336699	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON REF 86111 7.0FR MALLINCKRODT SOB X 1	N	47802165	1	5,488.00	5,488.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1000ML SOLIDIFICANTE ROYAL UNO	N	47802165	1	15,905.00	15,905.00
64	133223	04/12/2012	0017	P	308972	TRAC MEDIUM 18 X 12.4 X 3.3CM REF M8275052 TEN V.A.C. SOB X 1	N	47802165	1	475,908.08	475,908.08
64	133626	12/12/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	1	0.00	0.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF LCGC75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	47802165	1	0.00	0.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	320591	FILTRO HUMIDIFICADOR (MARIE DE CAMELLO) AD INTERTERM REF 13410005 SOB X 1	N	47802165	1	0.00	0.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	311252	GUANTE QUIRURGICO NO. 8 REF LC REF LCGC80 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 8	N	47802165	3	0.00	0.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	3	0.00	0.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	319132	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2220 SOB X 50 3M ADULTO	N	47802165	2	385.00	770.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308 REF 308612 SOB X 1 BECTON DICKINSON 3ML	N	47802165	2	480.00	960.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47802165	2	540.00	1,080.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	387193	JERINGA DESECHABLE SIN AGUJA 2 SOB X 1 BECTON DICKINSON 20ML	N	47802165	1	1,298.08	1,298.08
64	133626	12/12/2012	0017	P	321635	MASCARA OXIGENO REF 63-409 BOL X 1 GLOBAL HEALTH CARE ADULTO	N	47802165	1	2,729.00	2,729.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	337123	TUBO SUCCION BOL X 1 BIOLIFE 6.4MMX3MT	N	47802165	1	4,418.00	4,418.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	336699	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALON REF 86111 7.0FR MALLINCKRODT SOB X 1	N	47802165	1	6,366.00	6,366.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1000ML SOLIDIFICANTE ROYAL UNO	N	47802165	2	15,905.08	31,810.08

64	133626	12/12/2012	0017	P	308972	TRAC MEDIUM 18 X 12.4 X 3.3CM REF N	47882165	1	1	475,908.00	475,908.00
64	133626	12/12/2012	0017	P	308968	CONJUNTO PARA SISTEMA V.A.C. 1 LT N	47802165	1	1	1,831,940.00	1,831,940.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	311144	QUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	311252	QUANTE QUIRURGICO NO. 8 REF LC	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	301459	REF LCC80 CAJ X 50 LCT MEDICAL	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	319187	REF 8823H SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	319187	QUANTE CIRURGIA REF LCC60 CAJ X	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	320591	REF 8823H SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	320591	REF 8823H SOB X 1 ETHICON 75CM	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	301464	SUTURA PROLENE 3-0 PS-1 45CM N	47802165	1	1	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	311143	QUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	47802165	2	2	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	312015	QUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N	47802165	4	4	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	308283	CASA ESTERIL NO TECNICA 7.5CM X	47802165	12	12	0.00	0.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	319132	ELECTRODO DESCHABLE MONITORIO	48646732	3	3	1,155.00	1,155.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300751	REF 2228 SOB X 50 CM ADULTO	48646732	2	2	1,080.00	1,080.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300756	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	566.00	566.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	582.00	582.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	2	2	1,454.80	1,454.80
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	1,298.00	1,298.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	1,555.00	1,555.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	2,474.00	2,474.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	2	2	7,212.80	7,212.80
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	3,809.00	3,809.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	4,805.80	4,805.80
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	4,480.00	4,480.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	5,488.80	5,488.80
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	2	2	22,473.00	22,473.00
64	133689	13/12/2012	0017	P	300752	REF 302495 SOB X 1 ECTON	48646732	1	1	44,946.80	44,946.80

Handwritten notes and calculations at the bottom of the page, including a circled '1' and a box containing '475,908.00'.

164	133689	13/12/2012	0017	P	310662	1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL CATETER ARTERIAL 20C X 8CM REF 115.090 VYGON SOB X 1	N	48646732	1	36,847.00	36,847.00
164	133689	13/12/2012	0017	P	310247	KIT TRANSDUCTOR SENCILLO REF PX260 SOB X 1	N	48646732	1	138,628.00	138,628.00
164	133689	13/12/2012	0017	P	301154	SISTEMA DRENAJE TORACICO REF B888571299 AQUA-SEAL III BOL X 1	N	48646732	1	194,830.00	194,830.00
164	133689	13/12/2012	0017	P	310524	TUBO ENDOBRONQUIAL IZQUIERDO 35FR REF 125035 MACART SOB X 1	N	48646732	1	238,717.00	238,717.00
164	133689	13/12/2012	0017	P	314847	CATETER AVA CON HEPARINA 8.5FR X 3 LUMEN REF M3185FHS SOB X 1	N	48646732	1	452,997.08	452,997.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	300836	AGUJA DESECHABLE 23G X 1 1/2 PULG RYNCO SOB X 1	N	47802165	1	0.00	0.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	2	0.00	0.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF LCGC75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	47802165	2	0.00	0.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	3	0.00	0.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	49226384	1	540.00	540.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	321635	MASCARA OXIGENO REF 63-409 BOL X 1 GLOBAL HEALTH CARE ADULTO	N	49226384	1	2,729.00	2,729.80
164	134295	23/12/2012	0017	P	337123	TUBO SUCCION BOL X 1 BIOLIFE 6.4PMX3MT	N	49226384	1	4,418.00	4,418.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	320591	FILTRO HUMIDIFICADOR (NARIZ DE CAMELLO) AD INTERTERM REF 13410005 SOB X 1	N	47802165	1	4,937.00	4,937.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	321311	EQUIPO EN Y ADMON SANGRE FEMAL REF 4C2161 SOB X 1	N	49226384	1	11,812.00	11,812.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	317514	LINER SEMI-RIGIDO + UN 3000ML + 1000ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	49226384	1	15,905.00	15,905.00
164	134295	23/12/2012	0017	P	300523	SURGICEL HEMOSTATICO 4CM X 8CM REF 1952 SOB X 1 ETHICON 4CM X 8CM	N	49226384	1	119,283.00	119,283.00
	134624	21/12/2012	0017	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	1	0.00	0.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF LCGC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 6.5	N	47802165	2	0.00	0.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF LCGC75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	47802165	2	8.00	8.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	3	0.00	0.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	319132	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2228 SOB X 50 JM ADULTO	N	47802165	2	385.00	770.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	308751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47802165	2	548.00	1,081.00
164	134624	21/12/2012	0017	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	47802165	2	727.08	1,453.00

134624	21/12/2012	0017	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUA REF	N	47802165	1	1.655.00	1.655.00	5,729.00	5,729.00
134624	21/12/2012	0017	P	301033	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF	N	47802165	1	3,606.00	3,606.00	4,418.00	4,418.00
134624	21/12/2012	0017	P	301123	TUBO SUCCION BOL X 1 BLOQUE	N	47802165	1	4,418.00	4,418.00	12,722.00	12,722.00
134624	21/12/2012	0017	P	317516	LINER SEMI-RIGIDO - UN 150DML	N	47802165	1	12,722.00	12,722.00	152,230.00	152,230.00
245376	14/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	47849142	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245376	16/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	48945166	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245376	16/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	47904906	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245376	20/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	47944575	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245384	25/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	48945257	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245384	23/12/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	48945257	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
245385	22/11/2012	0017	S	60602009	DE 91 HASTA 100 UVR	N	48945223	1	152,230.00	152,230.00	152,230.00	152,230.00
341604	10/11/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TX-10A 7.5CM X 7.5	N	47002165	4	0.00	0.00	0.00	0.00
341604	10/11/2012	0013	P	308881	TOTAL ANTISEPTICA BACCIDINE BOL X 1	N	47802165	12	0.00	0.00	0.00	0.00
341604	10/11/2012	0013	P	310222	GUANTE DE EXAMEN TELA 5 LCT CAJ X 50 (70+2)	N	47802165	40	0.00	0.00	0.00	0.00
341604	10/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECUABLE 3ML REF 308	N		6	480.00	480.00	2,880.00	2,880.00
341604	10/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECUABLE 10ML REF 30	N		6	727.00	727.00	4,362.00	4,362.00
341604	10/11/2012	0013	P	300271	SONDA LEVIN 14FR 50X 1	N		1	811.00	811.00	8,652.00	8,652.00
341604	10/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESPECUABLE MONITOREO	N		6	1,442.00	1,442.00	8,652.00	8,652.00
341604	10/11/2012	0013	P	308755	JERINGA DESPECUABLE SIN AGUA 6	N		1	3,555.00	3,555.00	8,312.00	8,312.00
341604	10/11/2012	0013	P	301133	CISTOSTO PEDIASTRICO 500 ML REF	N		1	8,312.00	8,312.00	8,312.00	8,312.00
341618	10/11/2012	0013	P	301833	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF	N		1	3,606.00	3,606.00	3,606.00	3,606.00
341520	10/11/2012	0013	P	301833	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF	N		1	3,606.00	3,606.00	-3,606.00	-3,606.00
341600	11/11/2012	0013	P	311252	GUANTE QUIRURGICO NO. 6 REF LC	N	47802165	2	0.00	0.00	0.00	0.00
341600	11/11/2012	0013	P	301090	Llave de tres vias cot-aplast 508	N		2	1,473.00	1,473.00	2,946.00	2,946.00
341600	11/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUA REF	N		1	1,655.00	1,655.00	1,655.00	1,655.00
341600	11/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDIX 508 X 1	N		6	1,747.00	1,747.00	10,482.00	10,482.00
341600	11/11/2012	0013	P	301833	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF	N		1	3,606.00	3,606.00	3,606.00	3,606.00
341600	11/11/2012	0013	P	301070	EQUIPO BURETRON 150 ML REF AG	N		1	4,005.00	4,005.00	4,005.00	4,005.00
341600	11/11/2012	0013	P	308349	TUBO ENDOTRAQUEAL CON FALON 7.5FR	N		1	4,591.00	4,591.00	4,591.00	4,591.00
341600	11/11/2012	0013	P	300739	COMECTOR MACRO CLAVE REF 11956	N		1	5,729.00	5,729.00	5,729.00	5,729.00

1100	341600	11/11/2012	0013	P	317515	SOB X 1 LINER SEMI-RIGIDO • UN 1000ML • 500ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	1	11.813.00	11.813.00	
1100	341600	11/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL	N	3	22.473.00	67.419.08	
1180	341600	11/11/2012	0013	P	310662	CATETER ARTERIAL 20G X 8CM REF 115.090 VYGON SOB X 1	N	1	36.047.00	36.047.00	
1100	341680	11/11/2012	0013	P	310247	KIT TRANSDUCTOR SENCILLO REF PX260 SOB X 1	N	1	138.628.00	138.628.00	
1100	341682	11/11/2012	0013	P	101987	FENTANILO 0.05MG/ML SOL INY B BRAUN CAJ X 10AMP X 10ML	S	1	4.612.00	4.612.00	
1180	341605	11/11/2012	0013	P	301459	SUTURA PROLENE 2-0 KS 75CM REF REF 8623H SOB X 1 ETHICON 75CM AZUL	N	47802165	1	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	316384	HOJA BISTURI NO. 15 REF LCTB15 LCT MEDICAL CAJ X 100	N	47802165	1	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	320267	APPOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N 1655 TEGADERM IV SOB X 1	N	47802165	1	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	301791	QUIRUCIDAL VERDE 48+0.5% EMUL TOP N QUIRUMEDICAS FCO X 120ML	N	47802165	1	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	334697	SURGICLEAN INCOLORA 12+70% SOL TOP FCO X 120ML	N	47802165	1	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	1	0.08	0.08
1100	341605	11/11/2012	0013	P	312015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N LCCG75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N	47802165	2	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	308283	CASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1014503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	4	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	307652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WEBER CAJ X 200	N	47802165	8	0.00	0.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	N	47802165	60	0.08	8.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47802165	6	540.00	3,240.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	47802165	15	727.00	10,905.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	300272	SONDA NASO-GASTRICA LEVIN 16FR MEDEX SOB X 1	N	47802165	1	825.00	825.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2239 SOB X 50 3M ADULTO	N	47802165	4	1,442.00	5,768.80
1100	341605	11/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1 REF 2239 SOB X 50 3M ADULTO	N	47802165	8	1,747.00	13,976.00
1100	341605	11/11/2012	0013	P	310260	KIT CATETER TRILUMEN ADULTO 7FR X N 20CM REF CS 15703E ARROW SOB X 1	N	47802165	1	129.825.80	129,825.00
1100	341633	11/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	3	0.00	0.00
1100	341633	11/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL	N	47802165	1	22.473.00	22,473.00
1100	341640	11/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL	N	47802165	1	22.473.00	22,473.00
1100	341739	11/11/2012	0013	P	301459	SUTURA PROLENE 2-0 KS 75CM REF REF 8623H SOB X 1 ETHICON 75CM AZUL	N	47802165	1	0.08	0.00
1100	341739	11/11/2012	0013	P	316304	HOJA BISTURI NO. 15 REF LCTB15 LCT MEDICAL CAJ X 100	N	47802165	1	8.00	0.00

341739	11/11/2012	0013	P	320267	LCT MEDICAL CAJ X 108	47802165	N	REF N	1.5CM REF N	1.5CM REF N	0.00	0.00
341739	11/11/2012	0813	P	308283	CASA ESTERIL NO TECTA 7.5CM X 1	47882165	N	REF N	7.5CM REF N	7.5CM REF N	0.00	0.00
341739	11/11/2012	0013	P	308752	JERINGA DESECUABLE 10ML REF 30		N	REF 30	REF 30	REF 30	727.00	1,454.00
341739	11/11/2012	0013	P	315499	TRANSDUCTOR ADULTO REF. PRX2 SOB		N	REF. PRX2 SOB			166,727.00	166,727.00
341739	11/11/2012	0013	P	319104	CAT CCO/SV02/CE04+CE01JINIA 7.5		N				1,128,905.00	1,128,905.00
341772	12/11/2012	0013	P	301090	REF 7741875 CAJ X 1 C/AN-GAN2		N				1,473.00	2,946.00
341772	12/11/2012	0013	P	301917	REF 302499 SOB X 1 DICTON		N				252,813.00	252,813.80
341790	11/11/2012	0013	P	3081090	LCT INTRODUTOR PE: CUNYANO 8.5CM		N				-1,473.00	-1,473.00
341816	12/11/2012	0013	P	301791	QU/NUMEDICAS PEO X 12CM	47802165	N				0.00	0.00
341857	12/11/2012	0013	P	301098	LLAVE DE TRES VIAS GOMAPLAST SOB		N				1,473.00	1,473.00
341860	12/11/2012	0013	P	307196	AGUA DESECUABLE 1 G X 1 1/2 P	47882165	N				0.00	0.00
341860	12/11/2012	0013	P	300755	JERINGA DESECUABLE 510: AGUA 6		N				3,555.00	3,555.00
341880	12/11/2012	0013	P	308283	DICKINSON 60ML	47802165	N				0.00	0.00
341895	12/11/2012	8013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOMAPLAST SOB		N				1,473.00	1,473.00
341895	12/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACHOOTE0 SIN AGUA REF		N				1,655.08	1,655.08
342033	12/11/2012	0013	P	311144	REF 302499 SOB X 1 DICTON	47802165	N				0.80	0.80
342033	12/11/2012	0013	P	308283	CASA ESTERIL NO TECTA 7.5CM X 1	47802165	N				0.00	0.00
342033	12/11/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ	47802165	N				0.80	0.80
342033	12/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECUABLE 10ML REF 30		N				4,800.00	4,800.00
342033	12/11/2012	0013	P	300751	DICKINSON 10ML		N				3,240.00	3,240.00
342033	12/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECUABLE 10ML REF 30		N				727.00	0,724.00
342033	12/11/2012	0013	P	320910	DICKINSON 10ML		N				987.00	2,961.00
342040	12/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14CM MUCEX SOB X 1		N				1,747.00	10,402.00
342040	12/11/2012	0013	P	320910	300X8 REF 80326732 SOB X 1		N				987.00	1,974.00
342040	12/11/2012	0013	P	301070	EQUIPO BURETHOL 150 ML REF ALC		N				4,005.00	4,005.00

2

00	342040	12/11/2012	0013	P	315581	REF ARC7503 SOB X 1 BAXTER 150 ML EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	308283	1642 SOB X 1 HOSPIRA 3000/XL GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X	3	0.00	0.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	307652	7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	6	0.00	0.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	311022	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WESCOLO CAJ X 208	50	0.06	0.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	300751	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	6	540.00	3,240.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON	2	727.00	1,454.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	300752	DICKINSON 5ML JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	5	727.00	3,635.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	300752	REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	5	727.00	3,635.00
00	342375	14/11/2012	0013	P	300752	SONDA SUCCION 14FR NEDEA SOB X 1 N	1	1,747.00	10,482.00
00	342599	14/11/2012	0013	P	320267	APOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N	1	0.00	0.00
00	342599	14/11/2012	0013	P	300750	1655 TEGADERM IV SOB X 1 JERINGA DESECHABLE 5ML REF 308	5	480.00	2,400.00
00	342599	14/11/2012	0013	P	300752	REF 388612 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	5	727.00	3,635.00
00	342599	14/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON	5	727.00	3,635.00
00	342706	14/11/2012	0013	P	301090	DICKINSON 10ML LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	2	1,473.00	2,946.00
00	342706	14/11/2012	0013	P	301079	X 1 EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF N	1	1,655.00	1,655.00
00	342706	14/11/2012	0013	P	301070	HRC0001P BAXTER SOB X 1 EQUIPO BURETROL 150 ML REF ARC	1	4,005.00	4,005.00
00	342706	14/11/2012	0013	P	315581	REF ARC7503 SOB X 1 BAXTER 150 ML EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	3	22,473.00	67,419.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	308283	1642 SOB X 1 HOSPIRA 3000/XL GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X	4	0.00	0.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	307652	7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	8	0.00	0.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	311022	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WESCOLO CAJ X 208	80	0.00	0.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	300751	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	5	540.00	2,700.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON	15	727.00	10,905.00
00	342732	14/11/2012	0013	P	300752	DICKINSON 5ML JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	1	4,017.00	4,017.00
00	343053	15/11/2012	0013	P	320267	REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	1	5,279.00	5,279.00
00	343053	15/11/2012	0013	P	301459	APOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N 1655 TEGADERM IV SOB X 1	1	5,279.00	5,279.00
00	343053	15/11/2012	0013	P	310260	SUTURA PROLENE 2-0 KS 75CM REF N REF 8623H SOB X 1 ETHICON 75CM	1	129,825.00	129,825.00
00	343053	15/11/2012	0013	P	310260	AZUL KIT CATETER TRILUMEN ADULTO 7FR X N	8	540.00	4,320.00
00	343095	15/11/2012	0013	P	300751	20CM REF CS 15703E ARROW SOB X 1 JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	10	727.00	7,270.00
00	343095	15/11/2012	0013	P	300752	REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML			
00	343095	15/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON			
00	343095	15/11/2012	0013	P	300752	DICKINSON 10ML			

8	0	343095	15/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESSECABLE 10ML REF 30	N	1,442.00	4,326.80
0	0	343895	15/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 147R MEDEX 508 X 1	N	1,747.00	18,462.00
0	0	343102	15/11/2012	0013	P	300525	APPOSITO TECNICO 10CM X 12CM	N	3,238.00	3,238.00
0	0	343340	16/11/2012	0013	P	388752	REF 1626M SOB X 1 10CM X 12CM	N	727.80	3,635.00
0	0	343387	16/11/2012	0013	P	310385	APPOSITO DPOSITO 14 1408 10CM X 12CM REF 4008 SMITH & WEEHEW 508	N	4,480.00	4,480.80
0	0	343412	16/11/2012	0013	P	311822	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 1	N	126.00	8,820.00
10	10	343412	16/11/2012	8813	P	300751	REF 302495 SOB X 1 10CM X 12CM	N	540.00	3,240.80
10	10	343412	16/11/2012	0013	P	300752	REF 302499 SOB X 1 10CM X 12CM	N	727.80	5,816.00
10	10	343412	16/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESSECABLE 10ML REF 30	N	1,442.00	5,768.00
10	10	343412	16/11/2012	0013	P	300855	SONDA SUCCION 147R MEDEX 508 X 1	N	1,747.00	6,988.00
10	10	343514	16/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS COMPAPLAST 508-N	N	1,473.00	1,473.00
10	10	343514	16/11/2012	0013	P	301019	EQUIPO MACHOGOTEO SIN AGUA REF X 1	N	1,655.08	1,655.08
10	10	343514	16/11/2012	0013	P	300755	REF 3009653 SOB X 1 10CM X 12CM	N	3,555.00	7,110.00
10	10	343514	16/11/2012	0013	P	301833	EQUIPO EXTENSION MACHOGOTEO SIN AGUA REF X 1	N	3,606.00	7,212.08
10	10	343784	17/11/2012	0813	P	300752	REF 302499 SOB X 1 10CM X 12CM	N	727.80	7,270.08
10	10	343784	17/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESSECABLE 10ML REF 30	N	1,442.00	8,652.00
10	10	343784	17/11/2012	0013	P	301019	EQUIPO MACHOGOTEO SIN AGUA REF X 1	N	1,655.00	1,655.00
10	10	343784	17/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 147R MEDEX 508 X 1	N	1,747.00	13,976.00
10	10	343784	17/11/2012	0013	P	304697	SURGICULUM INCOLO 121701 SOB X 1	N	4,480.00	4,480.00
10	10	343784	17/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF X 1	N	22,473.00	22,473.80
10	10	343839	17/11/2012	0013	P	317515	LINER SEMI-RIGIDO 10000ML X 1	N	11,813.00	11,813.00
10	10	343865	17/11/2012	0013	P	315378	1.75PULG REF 381467 BLOTON	N	3,965.00	3,965.00
10	10	343898	17/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS COMPAPLAST 508-N	N	1,473.80	1,473.80
10	10	343904	17/11/2012	0013	P	301833	EQUIPO EXTENSION MACHOGOTEO SIN AGUA REF X 1	N	-3,606.00	-7,212.00
10	10	344158	18/11/2012	0013	P	336881	TOTAL ANTISEPTICA VACCIBINE BOL N	N	0.08	8.08
10	10	344158	18/11/2012	8013	P	300751	REF 302495 SOB X 1 10CM X 12CM	N	540.00	2,700.00
10	10	344150	18/11/2012	0013	P	300752	REF 302499 SOB X 1 10CM X 12CM	N	727.00	16,560.00

5

100	344150	18/11/2012	0013	P	300055	DICKINSON 10ML				
100	344158	18/11/2012	0013	P	300525	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	8	1,747.00	13,976.00
						APOSITO TEGADERM 10CM X 12CM R	N	1	3,238.00	3,238.00
						REF 1626W SOB X 1 3M 10CM X 12CM				
100	344195	18/11/2012	0013	P	300755	JERINGA DESECHABLE SIN AGUJA 6	N	1	3,555.08	3,555.00
						REF 3009653 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 60ML				
100	344297	19/11/2012	0013	P	301134	CYSTOFLO ADULTO 2000 ML REF MR	N	1	9,458.00	9,458.00
						REF HRO2926 CAJ X 30 BAXTER				
						2000ML AD				
100	344396	19/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308	N	6	480.00	2,880.00
						REF 308612 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 3ML				
100	344396	19/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N	4	540.00	2,160.00
						REF 302495 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 5ML				
100	344396	19/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N	10	727.00	7,270.00
						REF 302499 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 10ML				
100	344396	19/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	N	1	1,473.00	1,473.00
						X 1				
100	344396	19/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	5	1,747.00	8,735.00
100	344396	19/11/2012	0013	P	300525	APOSITO TEGADERM 10CM X 12CM R	N	1	3,238.00	3,238.00
						REF 1626W SOB X 1 3M 10CM X 12CM				
100	344396	19/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	2	22,473.00	44,946.00
						1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL				
100	344585	19/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	1	22,473.00	22,473.80
						1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL				
100	344603	19/11/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUJA FIJ	N	5	987.00	4,935.00
						30GX8 REF BD326732 SOB X 1				
100	344603	19/11/2012	0013	P	301070	EQUIPO BURETROL 150 ML REF ARC	N	1	4,005.00	4,005.00
						REF ARC7503 SOB X 1 BAXTER 150 ML				
100	344603	19/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	1	22,473.08	22,473.00
						1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL				
100	344792	20/11/2012	0013	P	317154	CATETER DE SEGURIDAD INSYTE 18G X N	N	1	3,965.00	3,965.00
						1.16PULG REF 301044 BECTON				
						DICKINSON SOB X 1				
100	344792	20/11/2012	0013	P	300739	CONECTOR MACRO CLAVE REF 11936	N	1	5,729.00	5,729.00
						SOB X 1				
100	344801	20/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	N	1	1,473.00	1,473.00
						X 1				
100	344881	20/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF	N	1	1,655.00	1,655.00
						HRC0001P BAXTER SOB X 1				
100	344801	20/11/2012	0013	P	301024	ADAPTADOR DE AIRE REF 200471	N	1	13,824.80	13,824.00
						SPIKE SOB X 1				
100	344801	20/11/2012	0013	P	310662	CATETER ARTERIAL 20G X 8CM REF	N	1	36,847.00	36,847.00
						115.090 VYGON SOB X 1				
100	344801	20/11/2012	0013	P	310247	KIT TRANSDUCTOR SENCILLO REF	N	1	138,628.00	138,628.00
						PX260 SOB X 1				
100	344869	20/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308	N	8	480.00	3,840.00
						REF 308612 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 3ML				
100	344869	20/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N	4	540.00	2,160.00
						REF 302495 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 5ML				
100	344869	20/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N	10	727.00	7,270.00
						REF 302499 SOB X 1 BECTON				
						DICKINSON 10ML				
100	344869	20/11/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUJA FIJ	N	2	987.00	1,974.00

344869	20/11/2012	0013	P	310218	REF 2239 SOB X 50 31 AULTRO	N	4	1,442.00	5,768.00
344869	20/11/2012	0013	P	300055	SOMDA SUCCION 14FR MEDX 508 X 1	N	6	1,747.00	10,482.00
344869	20/11/2012	0013	P	301090	LAVE DE TRES VIAS GOT-APLAST SOB X 1	N	1	1,473.00	1,473.00
344869	20/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO 51N ACUJA REF	N	1	1,655.00	1,655.00
344869	20/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	2	22,473.00	44,946.00
344902	20/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO 51N ACUJA REF	N	1	1,655.00	1,655.00
344902	20/11/2012	0013	P	301070	EQUIPO BURETOL 150 ML REF ARC	N	1	4,005.00	4,005.00
344916	20/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	1	22,473.00	22,473.00
344958	20/11/2012	0013	P	336116	LCTGSPM CAJ X 100 LCT MEDICAL	N	00	157.00	13,360.00
345198	21/11/2012	0013	P	308203	CASA ESTERIL NO TECIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1014503 COTIAPLAST 508	N	3	0.00	0.00
345198	21/11/2012	0013	P	336116	GUANTE DE EXAMEN S/ POLVO REF X 1	N	30	0.00	0.00
345198	21/11/2012	0013	P	300750	URINGA DESECHABLE 3ML REF 308	N	6	480.00	2,880.00
345198	21/11/2012	0013	P	300751	URINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N	4	540.00	2,160.00
345198	21/11/2012	0013	P	300752	REF 302499 SOB X 1 DECCION	N	10	727.00	7,270.00
345198	21/11/2012	0013	P	320910	URINGA INSULINA CON ACUJA E1J	N	2	987.00	1,974.00
345198	21/11/2012	0013	P	308055	SOMDA SUCCION 14FR MEDX 508 X 1	N	6	1,747.00	10,482.00
345378	21/11/2012	0013	P	317515	LINER SEMI-RIGIDO X CM 1000ML	N	1	11,813.00	11,813.00
345403	21/11/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO 10.5 REF N	N	1	0.08	0.08
345403	21/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	1	22,473.00	22,473.00
345535	22/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	N	1	0.00	0.00
345535	22/11/2012	0013	P	308263	CASA ESTERIL NO TECIDA 7.5CM X NO. 7	N	3	0.00	0.00
345535	22/11/2012	0013	P	320267	AFOSITD TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N	N	1	4,017.00	4,017.00
345538	22/11/2012	0013	P	308263	CASA ESTERIL NO TECIDA 7.5CM X 1	N	5	0.00	0.00
345538	22/11/2012	0013	P	300384	TUBO TORAX 28FR MEDX 508 X 1	N	1	2,397.00	2,397.00
345538	22/11/2012	0013	P	301495	SUTURA SEDR 2-0 NS 75CM REF 52	N	1	2,397.00	2,397.00
345538	22/11/2012	0013	P		REF 62311 SOB X 1 EMULCON 75CM	N	1	0.00	0.00

00	345538	22/11/2012	0013	P	301154	SISTEMA DRENAJE TORACICO REF	N	1	194,830.00	194,830.00
00	345634	22/11/2012	8013	P	312015	8888571299 AQUA-SEAL III BOL X 1	N	2	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	8813	P	308283	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	336116	LOGC75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	7.5	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	GUANTE DE EXAMEN S/POLVO REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	LCTGESPM CAJ X 180 LCT MEDICAL	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	TALLA M	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	SUTURA PROLENE 2-0 KS 75CM REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	REF 8623H SOB X 1 ETHICON 75CM	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	AZUL	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	LINER SEMI-RIGIDO + UN 1000ML +	N	47802165	0.00	0.00
00	345634	22/11/2012	0013	P	301459	500ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	LOGC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	6.5	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	REF 302499 SOB X 1 BECTON	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	DICKINSON 10ML	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	JERINGA INSULINA CON AGUJA FIJ	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	30GX8 REF BD326732 SOB X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/KL REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345665	22/11/2012	0013	P	311144	1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/KL	N	47802165	0.00	0.00
00	345729	22/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB	N	47802165	0.00	0.00
00	345729	22/11/2012	0013	P	301090	X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	345729	22/11/2012	0013	P	301090	SURGICLEAN INCOLORA (2+70)18 SOL	N	47802165	0.00	0.00
00	345729	22/11/2012	0013	P	301090	TOP FCO X 120ML	N	47802165	0.00	0.00
00	345811	22/11/2012	0013	P	317515	LINER SEMI-RIGIDO + UN 1800ML +	N	47802165	0.00	0.00
00	345811	22/11/2012	0013	P	317515	500ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	47802165	0.00	0.00
00	345840	23/11/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345840	23/11/2012	0013	P	311144	LOGC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	0.00	0.00
00	345840	23/11/2012	0013	P	311144	6.5	N	47802165	0.00	0.00
00	345840	23/11/2012	0013	P	311144	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/KL REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345840	23/11/2012	0013	P	311144	1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/KL	N	47802165	0.00	0.00
00	345862	23/11/2012	0013	P	300055	BOMBA SUCCION 14FH MEDER SOB X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	345885	23/11/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO	N	47802165	0.00	0.00
00	345885	23/11/2012	0013	P	310218	REF 2239 SOB X 50 3M ADULTO	N	47802165	0.00	0.00
00	345885	23/11/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB	N	47802165	0.00	0.00
00	345885	23/11/2012	0013	P	301090	X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	345933	23/11/2012	0013	P	301154	SISTEMA DRENAJE TORACICO REF	N	47802165	0.00	0.00
00	345933	23/11/2012	0013	P	301154	8888571299 AQUA-SEAL III BOL X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	307196	AGUJA DESECHABLE 18G X 1 1/2 P	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	311143	REF 302347 SOB X 1 BECTON	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	311143	DICKINSON 18G X 1 1/2 PULG	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	311143	REF LOGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	311143	NO. 7	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	LOGC65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO.	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	6.5	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	308283	X 1	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	387652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	0013	P	387652	MEBCOL CAJ X 208	N	47802165	0.00	0.00
00	346045	23/11/2012	8813	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N	47802165	0.00	0.00

08	346329	24/11/2012	0013	P	300203	REF 302499 SOB X 1 ECTON DICKINSON 18ML	4	1,473.00	5,892.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301090	Llave de tres vias conmaplast sob X 1	4	1,473.00	5,892.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROTECO 157 ML REF ARC MICRODIP BAXTER 20 X 1	2	1,655.00	3,310.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300555	SOMA SUCCION 14FR 4EDX SOB X 1 REF 1626M SOB X 1 EN 10CM X 12CM	6	1,747.00	10,402.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300525	APPOSITO TEGADON 17CM X 12CM REF 1626M SOB X 1 EN 10CM X 12CM	1	3,238.00	3,238.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300755	REF 300953 SOB X 1 ECTON JERINGA DESDECHABLE SIN AGUA 6	1	3,555.00	3,555.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301459	SUTURA PROLENE 2-0 HS 75CM REF REF 8623H SOB X 1 DICKINSON 15CM	1	5,279.80	5,279.80
08	346329	24/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	5	22,473.00	112,365.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	310260	KIT CATETER TRILUMEN ADULTO 7FR X N 20CM REF CS 15703E 42CM SOB X 1	1	129,825.00	129,825.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF 16670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	1	0.00	0.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	315501	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	-1	-22,473.00	-22,473.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301090	Llave de tres vias conmaplast sob X 1	-2	-1,473.00	-2,946.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	-1	-22,473.00	-22,473.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF 16670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	-1	-0.00	-0.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	316304	HODA BISTURI NO. 15 REF LCTB15 NO. 7	1	0.00	0.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF 16670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	3	0.00	0.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300203	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X NO. 7	8	0.00	0.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301090	Llave de tres vias conmaplast sob X 1	1	1,473.00	1,473.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF 16670 CAJ X 50 LCT MEDICAL	1	8.00	8.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESDECHABLE 10ML REF 38 NO. 7	6	727.00	4,362.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	301024	DICKINSON 10ML REF 302499 SOB X 1 ECTON	1	13,824.08	13,824.08
08	346329	24/11/2012	0013	P	300525	APPOSITO TEGADON 17CM X 12CM REF 1626M SOB X 1 EN 10CM X 12CM	1	3,238.00	3,238.00
08	346329	24/11/2012	0013	P	300203	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X NO. 7	2	0.00	0.00

30	346329	24/11/2012	0013	P	311143	X 1 GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LCGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N 47802165	2	0.00	0.00
30	346329	24/11/2012	0013	P	387652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WEBCOL CAJ X 200	N 47802165	8	0.00	0.00
30	346329	24/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308 REF 300612 SOB X 1 BECTON DICKINSON 3ML	N	8	480.00	3,840.00
10	346329	24/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	4	540.00	2,160.00
30	346329	24/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	10	727.00	7,270.00
30	346329	24/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	6	1,747.00	10,482.00
30	346329	24/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL	N	2	22,473.00	44,946.00
30	346377	24/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	4	727.00	2,908.80
00	346546	25/11/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF N LCCG65 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 6.5	N 47802165	1	0.80	0.80
00	346546	25/11/2012	0013	P	336116	GUANTE DE EXAMEN S/POLVD REF LCTGESPH CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA M	N 47802165	30	0.00	0.08
00	346546	25/11/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308 REF 308612 SOB X 1 BECTON DICKINSON 3ML	N	6	480.00	2,880.00
00	346546	25/11/2012	0013	P	380752	JERINGA DESECHABLE 18ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	10	727.00	7,270.00
00	346546	25/11/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUJA FIJ 30GX8 REF BD326732 SOB X 1	N	4	987.00	3,948.00
00	346546	25/11/2012	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	6	1,747.00	10,482.00
00	346546	25/11/2012	0013	P	300525	APOSITO TEGADERM 18CM X 12CM R REF 1626M SOB X 1 3M 10CM X 12CM	N	1	3,238.80	3,238.80
80	346912	26/11/2012	0013	P	301070	EQUIPO BURETOL 158 ML REF ARC REF ARC7503 SOB X 1 BAXTER 150 ML	N	2	4,005.00	8,010.00
00	346912	26/11/2012	0013	P	321311	EQUIPO EN Y ADMON SANGRE FEMMAL REF 4C2161 SOB X 1	N	1	11,812.00	11,812.80
00	346912	26/11/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPIRA 5000/XL	N	1	22,473.00	22,473.00
00	346914	26/11/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N 47802165	4	0.00	0.08
00	346914	26/11/2012	0013	P	307652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WEBCOL CAJ X 200	N 47802165	6	0.80	0.88
80	346914	26/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	6	540.00	3,240.00
88	346914	26/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	10	727.00	7,278.00
00	346914	26/11/2012	0013	P	310210	ELECTRODO DESECHABLE MONITORES REF 2239 SOB X 50 3M ADULTO	N	3	1,442.00	4,326.00
00	346914	26/11/2012	0013	P	389855	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	6	1,747.00	10,482.00
00	346914	26/11/2012	0013	P	320267	APOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N	N	1	4,817.80	4,817.80

0	346965	26/11/2012	0013	P	315581	1655 TEGADERM 1% SOL X 1	1	22,473.00	22,473.00	-3,238.00	0.00
0	346999	26/11/2012	0013	P	300525	1642 SOL X 1 HOSPITAL 5000/XL	1	22,473.00	22,473.00	-3,238.00	0.00
0	346999	26/11/2012	0013	P	311143	REF 1626W SOL X 1 3M 10CM X 12CM	-1	0.00	0.00	0.00	0.00
0	346999	26/11/2012	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC	-1	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347085	26/11/2012	0013	P	301879	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUA REF	1	1,655.00	1,655.00	0.00	0.00
0	347138	27/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 102	5	548.00	548.00	0.00	0.00
0	347138	27/11/2012	0013	P	300752	DICKINSON 5ML	18	727.00	727.00	0.00	0.00
0	347182	27/11/2012	0013	P	301879	MICRODIP BAXTER 500 X 1	1	1,655.00	1,655.00	0.00	0.00
0	347219	27/11/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 1	5	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	308283	7.5CM REF 1814503 COTINAPLAST SOL	4	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	307652	TOALLA EST CON ALCONOL REF 5119	6	0.08	0.08	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 382	5	548.00	548.00	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	300752	DICKINSON 5ML	15	727.00	727.00	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUA FID	3	987.08	987.08	0.00	0.00
0	347397	27/11/2012	0013	P	317515	LINER SEMI-RIGIDO + UN 1800ML +	1	11,813.08	11,813.08	0.00	0.00
0	347529	28/11/2012	0013	P	215581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF	1	22,473.00	22,473.00	0.00	0.00
0	347557	28/11/2012	0013	P	300525	1642 SOL X 1 HOSPITAL 5000/XL	1	22,473.00	22,473.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF	1	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 1	4	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	312689	GUANTE DE EXAMEN TALLA M LCT CAJ	30	0.00	0.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	3	727.00	727.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	310218	ELECTRADO DESECHABLE MONITORIO	1	1,442.00	1,442.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	300055	REF 2239 SOL X 50 3M ADULTO	5	1,747.00	1,747.00	0.00	0.00
0	347729	28/11/2012	0013	P	300525	SONDA SUCCION 14FR HEDIX SOL X 1	1	3,238.00	3,238.00	0.00	0.00
0	348098	29/11/2012	0013	P	307652	REF 1626W SOL X 1 3M 10CM X 12CM	8	8.08	8.08	0.00	0.00
0	348098	29/11/2012	0013	P	312689	GUANTE DE EXAMEN TALLA M LCT CAJ	80	8.80	8.80	0.00	0.00

100	348090	29/11/2012	0013	P	300751	X 100 LCT MEDICAL TALLA M JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 N	6	540.00	3,240.00
100	348090	29/11/2012	0013	P	300752	REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 N	10	727.00	7,270.00
100	348090	29/11/2012	0013	P	380055	REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML SONDA SUCCION 24FR MEDEX SOB X 1 N	8	1,747.00	13,976.00
100	348154	29/11/2012	0013	P	381070	EQUIPO BURETROL 150 ML REF ARC N	1	4,005.00	4,005.00
100	348154	29/11/2012	0013	P	315581	REF ARC7503 SOB X 1 BAXTER 150 ML EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
100	348160	29/11/2012	0013	P	311143	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC N 47802165	2	0.00	0.00
100	348397	01/12/2012	0013	P	308972	REF LOGC70 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7 TRAC MEDIUM 18 X 12.4 X 3.3CM REF N	1	426,000.00	426,000.00
100	348521	30/11/2012	0013	P	380283	REF 302495 SOB X 1 BECTON GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	3	0.00	0.00
100	348521	30/11/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ N 47802165	50	0.00	0.00
100	348521	30/11/2012	0013	P	300752	X 100 LCT MEDICAL TALLA S JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 N	8	727.00	5,816.00
100	348521	30/11/2012	0013	P	320267	REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML APOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N	1	4,017.00	4,017.00
100	348611	30/11/2012	0013	P	316304	1655 TEGADERM IV SOB X 1 HOJA BISTURI NO. 15 REF LCT015 N 47802165	1	0.00	0.00
100	348611	30/11/2012	0013	P	301033	LCT MEDICAL CAJ X 200 EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF N	1	3,606.00	3,606.00
100	348611	30/11/2012	0013	P	317153	ARC00473P BAXTER SOB X 1 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE 20G X N	1	3,965.00	3,965.00
100	348864	01/12/2012	0013	P	307452	1.16PULG REF 381834 BECTON DICKINSON SOB X 1 TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 N 47802165	2	0.00	0.00
100	348864	01/12/2012	0013	P	310218	WEBCOL CAJ X 200 ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO N	3	1,442.00	4,326.00
100	348864	01/12/2012	0013	P	301098	REF 2239 SOB X 50 JM ADULTO LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	1	1,473.00	1,473.00
100	348864	01/12/2012	0013	P	301833	X 1 EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF N	1	3,606.00	3,606.00
100	348864	01/12/2012	0013	P	315581	ARC00473P BAXTER SOB X 1 EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
100	348884	01/12/2012	0013	P	301090	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	1	1,473.00	1,473.00
100	348884	01/12/2012	0013	P	315581	X 1 EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
100	348892	01/12/2012	0013	P	315581	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	-1	-22,473.00	-22,473.00
180	348892	01/12/2012	0013	P	301090	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	-1	-1,473.00	-1,473.00
180	348935	01/12/2012	0013	P	317154	X 1 CATETER DE SEGURIDAD INSYTE 18G X N	1	3,965.00	3,965.00
100	348966	01/12/2012	0013	P	381090	1.16PULG REF 381844 BECTON DICKINSON SOB X 1 LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N	-1	-1,473.00	-1,473.00
180	349002	03/12/2012	0013	P	308283	X 1 GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB	2	0.00	0.00

00	349002	03/12/2012	8013	P	307652	TOTALIA EST CON ALCOHOL REF 5110	N	47802165	3	0.00	0.00	0.00
00	349002	03/12/2012	8013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 200	N	47802165	30	0.00	0.00	0.00
00	349002	03/12/2012	8013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N		5	727.00	3,635.00	0.00
00	349002	03/12/2012	8013	P	301090	PLAVE DE TRES VIAS GORHAPLAST SOB X 1	N		1	1,473.00	1,473.00	0.00
00	349002	03/12/2012	8013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N		1	22,473.00	22,473.00	0.00
00	349002	03/12/2012	8013	P	301033	EQUIPO EXTENSION ANALISTIA REF N	N		1	3,606.00	3,606.00	0.00
00	349008	03/12/2012	8013	P	317153	ACODOTER MAXTER 500 X 1	N		1	3,606.00	3,606.00	0.00
00	349008	03/12/2012	8013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N		1	22,473.00	22,473.00	0.00
80	349157	03/12/2012	0013	P	308283	CASA ESTERIL NO TENDIDA 7.5CM X 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	N	47802165	1	22,473.00	22,473.00	0.00
00	349157	03/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N		5	540.00	2,700.00	0.00
00	349157	03/12/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N		10	727.00	7,270.00	0.00
00	349171	03/12/2012	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N		1	22,473.00	22,473.00	0.00
00	349088	03/12/2012	0013	P	300055	SOMDA SUCCION LATR REDEX SOB X 1	N		-1	-1,747.00	-1,747.00	0.00
00	349488	03/12/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUJA FID	N		-2	-987.00	-1,974.00	0.00
00	349488	03/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N		-1	-540.00	-540.00	0.00
00	351166	08/12/2012	0020	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30	N		2	727.80	1,454.80	0.00
00	351166	08/12/2012	0020	P	317153	CATERER DE SEGURIDAD INSTTE 20G X N	N		1	3,965.00	3,965.00	0.00
00	351166	08/12/2012	0020	P	301070	EQUIPO BURETNO 150 ML REF ANC	N		1	4,005.00	4,005.00	0.00
00	351166	08/12/2012	0028	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	N	47802165	1	22,473.00	22,473.00	0.00
08	351199	08/12/2012	0013	P	300283	CASA ESTERIL NO TENDIDA 7.5CM X 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	N	47802165	4	0.00	0.00	0.00
00	351199	08/12/2012	0013	P	307652	TOTALIA EST CON ALCOHOL REF 5110	N	47802165	8	0.00	0.00	0.00
00	351199	08/12/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 200	N	47802165	70	0.00	0.00	0.00
00	351199	08/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302	N		10	540.00	5,400.00	0.00

00	351199	08/12/2012	0013	P	300752	DICKINSON 5ML JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	10	727.00	7,270.80
00	351199	08/12/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULTIVA CON AGUJA FIJ 30GX8 REF 80326732 SOB X 1	N	2	987.00	1,974.00
00	351199	08/12/2012	0013	P	310218	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2239 SOB X 50 3H ADULTO	N	5	1,442.00	7,210.80
00	351240	08/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	2	540.00	1,080.00
00	351240	08/12/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	4	727.00	2,908.00
00	351341	09/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	1	540.00	540.00
00	351341	09/12/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N X 1	N	1	1,473.00	1,473.00
00	351341	09/12/2012	8013	P	320262	EQUIPO GENSTAR NITRO CON REF 13612 CLAVE SOB X 1	N	1	34,495.00	34,495.00
00	351470	09/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N 47802165	3	0.80	0.00
88	351470	09/12/2012	8013	P	307652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 HECOL CAJ X 280	N 47802165	5	0.08	0.08
00	351478	09/12/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	N 47802165	40	0.80	0.08
80	351470	09/12/2012	0013	P	388752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	4	727.80	2,908.00
00	351472	09/12/2012	0013	P	311015	GUANTE QUIRURGICO NO. 7.5 REF REF N LCCG75 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7.5	N 47802165	2	0.00	0.00
80	351472	09/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814583 GOTHAPLAST SOB X 1	N 47802165	4	0.80	8.00
00	351472	09/12/2012	0013	P	301090	LLAVE DE TRES VIAS GOTHAPLAST SOB N X 1	N	1	1,473.00	1,473.00
00	351472	09/12/2012	0013	P	300755	JERINGA DESECHABLE SIN AGUJA 6 REF 3089653 SOB X 1 BECTON DICKINSON 60ML	N	1	3,555.00	3,555.00
00	351472	09/12/2012	8013	P	301833	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF ARC88473P BAXTER SOB X 1	N	1	3,606.80	3,606.00
80	351472	09/12/2012	0013	P	315378	CATETER INSYTE SEGURIDAD 14G X 1.15PULG REF 381467 BECTON DICKINSON SOB X 1	N	1	3,965.88	3,965.00
80	351484	10/12/2012	0013	P	388968	CANISTER PARA SISTEMA V.A.C. 1 LT N ^o 4 REF M6215093-5 TEH V.A.C. UND	N	1	1,031.948.00	1,031,940.00
80	351517	09/12/2012	0013	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF MRC8801P BAXTER SOB X 1	N	1	1,655.00	1,655.00
08	351528	09/12/2012	8013	P	316304	HOJA BISTURI NO. 15 REF LCTB15 LCT MEDICAL CAJ X 100	N 47802165	1	0.88	0.08
08	351540	09/12/2012	0013	P	315378	CATETER INSYTE SEGURIDAD 14G X 1.75PULG REF 381467 BECTON DICKINSON SOB X 1	N	-1	-3,965.00	-3,965.00
00	351548	09/12/2012	0013	P	381833	EQUIPO EXTENSION ANESTESIA REF ARC80473P BAXTER SOB X 1	N	-1	-3,606.08	-3,606.00
00	351540	09/12/2012	8813	P	301079	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF	N	-1	-1,655.08	-1,655.00

1 1,031,948.00 1,031,940.00 2

00	352612	12/12/2012	0020	P	300456	CAPULA NASAL OXIGENO ADULTO REF N	1	1,819.00	1,819.00
00	353073	13/12/2012	0020	P	315581	20% MEDEX SOB X 1	1		
00	353096	13/12/2012	0020	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
00	353159	13/12/2012	0020	P	308283	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL REF N	1	22,473.00	22,473.00
00	353159	13/12/2012	0020	P	308283	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N	1		
00	353159	13/12/2012	0020	P	308283	1642 SOB X 1 NOSPIRA 5000/XL REF N	1		
00	353159	13/12/2012	0020	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	4	0.00	0.00
00	353159	13/12/2012	0020	P	312689	GUANTE DE EXAMEN TALLA M LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA M	10	0.00	0.00
00	353159	13/12/2012	0020	P	321311	EQUIPO EN Y ADON SANGRE FEMAL REF 402161 SOB X 1	1	11,812.00	11,812.00
00	353231	13/12/2012	0020	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	4	0.00	0.00
00	353231	13/12/2012	0020	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	1	727.00	727.00
00	353231	13/12/2012	0020	P	317505	SONDA FOLEY 2 VIAS NO. 14FR X SOB X 1 LCT MEDICAL NO. 14FR X 5-10M	1	1,400.00	1,400.00
00	353231	13/12/2012	0020	P	301134	CYSTOFLO ADULTO 2800 ML REF MR REF MRD2926 CAJ X 30 BAXTER 2800ML AD	1	9,458.00	9,458.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	3	0.00	0.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	387652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 NEBCOL CAJ X 200	8	0.00	0.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	60	0.00	0.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	5	540.00	2,700.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	10	727.00	7,270.00
00	353240	13/12/2012	0013	P	301879	EQUIPO MACROGOTEO SIN AGUJA REF MRC0001P BAXTER SOB X 1	1	1,655.00	1,655.00
00	353259	14/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	3	0.00	0.00
00	353330	14/12/2012	0013	P	311144	GUANTE QUIRURGICO NO. 6.5 REF REF MRC665 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 6.5	1	0.00	0.00
00	353330	14/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	2	0.00	0.00
00	353330	14/12/2012	0013	P	320267	APOSITO TRANSP 8.5CM X 11.5CM REF N 1655 TEGADERM IV SOB X 1	1	4,017.00	4,017.00
00	353735	24/12/2012	0013	P	308968	CANISTER PARA SISTEMA V.A.C. 1 LT N	1	1,031,948.00	1,031,948.00
00	353774	15/12/2012	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	1	0.00	0.00
00	353774	15/12/2012	0013	P	307652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 NEBCOL CAJ X 200	6	0.00	0.00
00	353774	15/12/2012	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	30	0.00	0.00

30	353774	15/12/2012	0013	P	300750	JERINGA DESECHABLE 3ML REF 308 REF 308612 SOB X 1 BECTON DICKINSON 3ML	N	2	480.80	960.00	
00	353774	15/12/2012	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	2	540.00	1,080.00	
00	353774	15/12/2012	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	8	727.00	5,816.00	
00	353774	15/12/2012	0013	P	320910	JERINGA INSULINA CON AGUJA FIJ 30GX0 REF BD326732 SOB X 1	N	2	987.00	1,974.00	
03	356489	24/12/2012	0020	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	4	0.00	0.00
00	356489	24/12/2012	0020	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 38 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	5	727.00	3,635.00	
08	356489	24/12/2012	0020	P	300525	APOSITO TEGADERM 10CM X 12CM R REF 1626W SOB X 1 3M 10CM X 12CM	N	1	3,238.00	3,238.00	
00	360541	05/01/2013	0013	P	301791	QUIRUCIDAL VERDE 43+0.5% EMUL TOP QUIRUMEDICAS PCO X 120ML	N	47802165	1	0.00	0.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	316304	HOJA DISTORI NO. 15 REF LCTB15 LCT MEDICAL CAJ X 100	N	47802165	1	0.00	0.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	311143	GUANTE QUIRURGICO NO. 7 REF LC REF LC6070 CAJ X 50 LCT MEDICAL NO. 7	N	47802165	4	0.00	0.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	307652	TOALLA EST CON ALCOHOL REF 5110 WEBCOL CAJ X 208	N	47802165	6	0.00	0.00
08	360541	05/01/2013	0013	P	308283	GASA ESTERIL NO TEJIDA 7.5CM X 7.5CM REF 1814503 GOTHAPLAST SOB X 1	N	47802165	8	0.00	0.00
08	360541	05/01/2013	0013	P	311022	GUANTE DE EXAMEN TALLA S LCT CAJ X 100 LCT MEDICAL TALLA S	N	47802165	40	0.00	0.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	315132	ELECTRODO DESECHABLE MONITOREO REF 2228 SOB X 50 JM ADULTO	N	47802165	6	385.00	2,310.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	300751	JERINGA DESECHABLE 5ML REF 302 REF 302495 SOB X 1 BECTON DICKINSON 5ML	N	47802165	8	540.00	4,320.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	300752	JERINGA DESECHABLE 10ML REF 30 REF 302499 SOB X 1 BECTON DICKINSON 10ML	N	47802165	12	727.00	8,724.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	308272	SONDA NASO-GASTRICA LEVIN 16FR MEDEX SOB X 1	N	47802165	1	825.00	825.00
	360541	05/01/2013	0013	P	317504	SONDA FOLEY 2 VIAS NO 16FR X SOB N X 1 LCT MEDICAL NO. 16FR X 5-10M	N	47802165	1	1,554.00	1,554.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	300055	SONDA SUCCION 14FR MEDEX SOB X 1	N	47802165	5	1,747.00	10,482.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	320267	APOSITO TRANSP 8.1CM X 11.5CM REF N 1655 TEGADERM IV 100 X 1	N	47802165	1	4,017.00	4,017.00
38	360541	05/01/2013	0013	P	301459	SUTURA PROLENE 2-0 KS 75CM REF REF 8623H SOB X 1 ETHICON 75CM AZUL	N	47802165	1	5,279.00	5,279.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	301134	CYSTOFLO ADULTO 2000 ML REF MR REF MRD2926 CAJ X 30 CAXTER 2000ML AD	N	47802165	2	9,458.00	18,916.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	317515	LINER SEMI-RIGIDO + UV 1000ML + 500ML SOLIDIFICANTE ROYAL UND	N	47802165	1	11,813.00	11,813.00
00	360541	05/01/2013	0013	P	315581	EQUIPO BOMBA PRIMARIO 5000/XL REF N 1642 SOB X 1 HOSPITAL 5000/XL	N	47802165	2	22,473.80	44,946.80
00	360541	05/01/2013	0013	P	310260	KIT CATETER TRIUPLYEN ADULTO 7FR X N	N	47802165	1	129,825.00	129,825.00