

Fecha y Hora Exp: 23/02/2023 - 15:08:00 Diagnóstico: F418 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIF Form.: 1526005980
 No Hist. Clínica: 1000592481 Paciente: BOLIVAR MORENO MARÍA ALEJANDRA Doc Ident: CC 1000592481
 Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Vinc: Beneficiario Categoría: A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
ACETILCISTEINA 600MG TABLETA EFERVESCENTE	600 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	5 TAB	5 (CINCO)	1		

ORDENADO POR:		Firma:	ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
Reg. Profesional	Especialidad	Nombre:	Nombre:	Nombre:
1020834818	MEDICINA GENERAL	OLIVARES, PAULA	No. Doc.	No Doc.
Firma Electrónica del profesional			Fecha Desp:	No. Tel:

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
 Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

ORIGINAL - Paciente

CM AV 1 MAYO / TV 78 H # 42 C 10 SUR PI 2 - BOGOTÁ D.C. / Tel: 4505552



Creación: 23/02/2023 15:17:19

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
COLSUBSIDIO NIT 860007336-1
NIT.860.007.336-1
Número de orden: 40172133

Nombre del paciente: MARÍA ALEJANDRA ALEJANBOLIVAR MORENO	Identificación: CC	1000592481
Edad : 21 Años 2 Meses 12 Dias	Fecha de nacimiento: 12-dic-01	Sexo: Femenino
Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO CAPIT T.	Vinculación: RCT: Beneficiario	Categoría: A
		Dx: F418

Prestación	Denominación	Mipres	Localización	Comentario	Cantidad
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA				0001

Justificación:

MANEJO DE EMOCIONES

Profesional:PAULA OLIVARES CC 1020834818

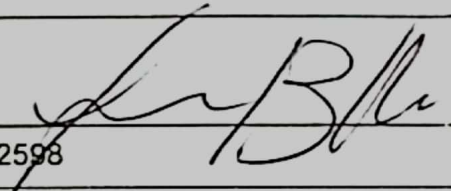
CM AV 1 MAYO

Nombre del paciente:	MARÍA ALEJANDRA BOLIVAR MORENO	Identificación:CC	1000592481
Edad :21 Años 2 Meses 26 Dias	Fecha de nacimiento:12-dic-01	Sexo:Femenino	
Convenio:FAM COLS PRIMERO DE MAYO CAPIT T.Vinculación:RCT: Beneficiario	Categoría:A	Dx:E048	

Prestación	Denominación	Mipres	Localización	Comentario	Cantidad
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE (TSH)				0001
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]				0001

Justificación:

Disfagia persistente bocio grado II



Profesional:LAURA BEDOYA CC 1095832598

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT.860.007.336-1

Creación: 09/03/2023 18:18:47

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1



CM AV 1 MAYO

Número de orden: 40473731

Nombre del paciente:	MARÍA ALEJANDRA BOLIVAR MORENO	Identificación:CC	1000592481
Edad :21 Años 2 Meses 26 Dias	Fecha de nacimiento:12-dic-01	Sexo:Femenino	
Convenio:FAM COLS PRIMERO DE MAYO CAPIT	T.Vinculación:RCT: Beneficiario	Categoría:A	Dx:E048

Prestación	Denominación	Mipres	Localización	Comentario	Cantidad
881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				0001

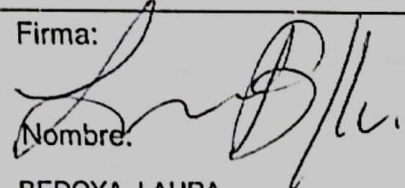
Justificación:

Disfagia persistente bocio grado II

Profesional:LAURA BEDOYA CC 1095832598

Fecha y Hora Exp: 28/02/2023 - 18:59:00 Diagnóstico: R13X DISFAGIA Form.: 1526054088
 No Hist. Clínica: 1000592481 Paciente: BOLIVAR MORENO MARÍA ALEJANDRA Doc Ident: CC 1000592481
 Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Vinc: Beneficiario Categoría: A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
DEXAMETASONA SOLUCION INYECTABLE 4MG/ML AMPX1ML	.1 MG	UNICA	Vía Intravenosa	1 AMP	1 (UN)	1	YA	
* DEXAMETASONA TABLETA 0.75MG	0,75 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	3 TAB	3 (TRES)	1	24 HORAS PORTERIOR A LA INYECCION	AA

ORDENADO POR:		Firma:	ENTREGADO POR:		RECIBIDO POR:	
Reg. Profesional	Especialidad	 Nombre: BEDOYA, LAURA	Nombre:	Nombre:		
1095832598	MEDICINA GENERAL		No. Doc.	No Doc.		
Firma Electrónica del profesional			Fecha Desp:	No. Tel:		

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
 Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

COPIA - Droguería

CM AV 1 MAYO / TV 78 H # 42 C 10 SUB PL 2 - BOGOTÁ D.C. / Tel: 4505552

Número de orden: 16.814.574

Numero de pagina: 1 de 1

Orden de Medicamentos - POS (C)

Fecha y Hora Exp: 23/02/2023 - 15:10:00 Diagnóstico: F418 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIF Form.: 1526006064
 No Hist. Clínica: 1000592481 Paciente: BOLIVAR MORENO MARÍA ALEJANDRA Doc Ident: CC 1000592481
 Convenio: FAM COLS PRIMERO DE MAYO Régimen: CONTRIBUTIVO Tipo Vinc: Beneficiario Categoría: A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
LEVONORGESTREL +ETINILESTRADIOL TAB C/ S RECUBRIM 150MCG +30MCG	1 TAB	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3		

③ Abr 1

ORDENADO POR:		Firma:	ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
Reg. Profesional	Especialidad	Nombre:	Nombre:	Nombre:
1020834818	MEDICINA GENERAL	OLIVARES, PAULA	No. Doc.	No Doc.
Firma Electrónica del profesional			Fecha Desp:	No. Tel:

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
 Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

COPIA - Droguería

CM AV 1 MAYO / TV 78 H # 42 C 10 SUR PI 2 - BOGOTA D.C / Tel: 4505552

006

AAAA	MM	DD
2023	03	01

CÓDIGO E.P.S.	CÓDIGO CENTRO	No. 2611462
---------------	---------------	--------------------

Nombre del Paciente: María Alejandra Bolívar Moreno

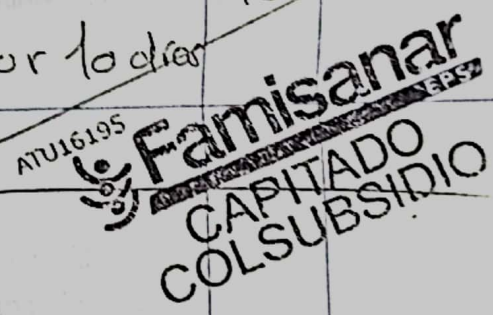
N° Historia: 1000592481

CONVENIO EMPRESA
 CUOTA MODERADORA:
 5% 10% 20%

ORIGEN:

Enfermedad General Maternidad Accidente de Trabajo
 Accidente de Tránsito Enfermedad Profesional Enfermedad IV Nivel

MEDICAMENTO GENÉRICO, PRESENTACIÓN Y DOSIS	CANTIDAD	
	Números	Letras
1. Dexametasona tableta 0.75mg Tomar 1 tab diaria por 10 días.	10	Diez.
2. Prednisolona tableta 5 mg Tomar 1 tab diaria por 10 días.	10	Diez.



OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Profesional: [Signature]

R.M.N° 1095832598 R.M.N° _____ C.C.N° _____ de _____

Original Droguería

- Valida por 3 días calendario, a partir de la fecha de expedición.

- De acuerdo con la ley 100/93 y su reglamentación, el cotizante o beneficiario deberá pagar cuota moderadora de 5%, 10% o 20% sobre el valor total de la fórmula dependiendo del estrato socioeconómico.

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
 www.colsubsidio.com
 Nit: 60007336-1

FECHA DIA 01 MES 03 AÑO 2023

NOMBRE USUARIO MARIA BOLIVIA

IDENTIFICACION USUARIO 1000592481

FARMACIA COLSUBSIDIO SF PLAZA CENTRAL

1 Dexametrisona 0.75 MEDICAMENTOS
Requiere autorización. Presentación
de blíster de 10. tabletes

MOTIVO
MOTIVO
MOTIVO
MOTIVO
MOTIVO

MOTIVO DEVOLUCION

- 1. AGOTADO
- 2. DESCONTINUADO
- 3. ERROR AUTORIZACION
- 4. ERROR FORMULA
- 5. DIRECCIONADO A OTRO PRESTADOR

OBSERVACIONES

Si requiere. Por fuente
Mar. 2/23

Remitirse a la IPS

Remitirse a la EPS

Jeddy

Alejandra Burgos
Administradora

Nombre del Auxiliar que realiza la devolución

Visto bueno del Administrador o aux II