

Bucaramanga, Junio 15 De 2022

Señor

JUEZ 6 PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE GARANTIAS DE
BUCARAMANGA DESCENTRALIZADO EN FLORIDABLANCA
j06pmfcgbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

Referencia: ACCION DE TUTELA
Accionante: JAIME CASTELLANOS Agente oficioso de LEYLA DEL CARMEN CASTELLANOS
Accionado: UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB, FUNDACION AVANZAR FOS Y OTROS
RADICADO: 2022 -00068

MAURICIO HERNANDEZ DURAN, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bucaramanga, actuando en calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** de la **FUNDACION AVANZAR FOS** y **JORGE RICARDO LEON FRANCO**, mayor de edad y vecino de esta ciudad, actuando en calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** de la **UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB**, por medio del presente escrito y dentro del término de ley procedo a contestar la acción de la referencia en los siguientes términos

A LOS HECHOS MATERIA DE LA ACCION

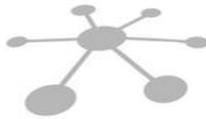
PRIMERO.- Es oportuno informar que la atención en salud de los docentes y su grupo familiar, afiliados al Fondo nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG, se encuentran excluida de la aplicación de la ley 100 de 1993 por disposición expresa de su artículo 279. En consecuencia la prestación de los servicios médico-asistenciales es un objetivo del precitado Fondo, de conformidad con lo establecido en el artículo 5, numeral 2) de la ley 91 de 1989.

Para dar cumplimiento al objeto anunciado, el FOMAG, a través de la Fiduciaria la Previsora S.A., realiza el proceso de Licitación para proceder a contratar a los prestadores de servicios de salud que garanticen EL PLAN DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA SUS AFILIADOS. Proceso de selección que permite que la conformación de Uniones Temporales para cumplir los requisitos y exigencias establecidas por el Fondo.

Como resultado del proceso de licitación, fue adjudicado el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD a la UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB, Unión Temporal a quienes se encomendó, según el objeto contractual, la atención de la población de docentes y sus familias domiciliados en los departamentos de la región 7: Arauca, Cesar, Norte de Santander y Santander.

En los Departamentos de **SANTANDER Y ARAUCA** la atención medica se suministra a través de la empresa **FUNDACION AVANZAR FOS**.





UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB es la contratista de los servicios de salud de los usuarios del FNPSM SEGÚN CONTRATO MEDICO ASISTENCIAL, Y DENTRO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS POR FIDUPREVISORA COMO ADMINISTRADORA DEL RIESGO DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

SEGUNDO.- Es cierto, que la señora **LEYLA DEL CARMEN MEJIA CASTELLANOS** se encuentra activa en nuestra base de datos y por tanto es usuaria de los servicios de salud por cuenta del **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.**

TERCERO.- En lo que se refiere a la atención médica especializada que ha requerido la paciente con ocasión de su diagnóstico médico, es necesario precisar que este en ningún momento se le ha negado ninguno de los servicios, exámenes, consultas ni medicamentos por ella requeridos.

Es así como en la más reciente valoración médica por parte del equipo de Medicina domiciliaria se determinó según escalas de Barthel aplicadas a la paciente, que no cumple con los requisitos para la prescripción de dicho servicio.

Adjunto soporte que acredita la valoración medica practicada a la paciente en fecha 22 de Abril de 2022.

CUARTO.- Así mismo toda la atención médica que requiere la paciente se ha garantizado oportunamente, sin que sea admisible que se utilice este medio de defensa judicial para precaver situaciones futuras y sin que hasta la fecha se le hubiere vulnerado derecho alguno al paciente por parte de esta entidad.

QUINTO.- Conforme a lo anterior, **UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB** a través de **FUNDACION AVANZAR FOS** ha dado cumplimiento con la expedición de autorizaciones correspondientes a los servicios médicos y medicamentos que le fueron prescritos para su tratamiento.

CONSULTA PSIQUIATRIA

FECHA CITA: 26/07/2022

HORA:01:40 P.M

ISNOR

El mas reciente control en esta especialidad se suministra el 27 de Abril de 2022 y se ordena control a 3 meses, motivo por el cual se asigna para el mes de Julio de 2022. Adjunto historia clínica que evidencia lo manifestado.

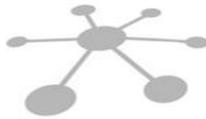
CONSULTA MEDICINA INTERNA

FECHA: 17/06/2022

HORA: 5:40 pm

Fundación Clínica para la Excelencia – modalidad teleconsulta





**U.T. RED INTEGRADA
FOSCAL - CUB**

CLÍNICA DEL DOLOR:

FECHA DE CITA: 2022-06-15

HORA CITA: 11:40

NOMBRE ESPECIALISTA: CLINICA DEL DOLOR - ALIVIAR

CONSULTORIO: FOSUNAB PISO 3 CONSULTORIO 304

NEUROLOGÍA:

FECHA DE CITA: 2022-06-16

HORA CITA: 15:40

NOMBRE ESPECIALISTA: DR ELVER PEREZ

CONSULTORIO: SEDE FLORIDABLANCA FOSUNAB PISO 0 CALLE 157 # 20-96 RAMPA LATERAL IZQUIERDA

SEXTO., En lo que corresponde a los demás insumos y servicios médicos solicitados en el escrito de tutela, **es necesario precisar que no existe una orden medica que sustente dicha pretensión y por lo tanto debe ser denegado por el despacho, ya que sino se configuran los hechos que de manera cierta y probada, amenazan o vulneran derechos fundamentales, no tiene aplicación el artículo 86 de la Constitución.**

La acción de tutela no se ha establecido para precaver futuros, eventuales o inciertos riesgos de violación de los derechos fundamentales, sino con el fin de interrumpir que prosiga una violación en curso, actual y concreta, o de impedir que se produzca, siendo inminente".(Cfr. Corte Constitucional. Sentencia T-175 de 1.997. Sala Quinta de Revisión).

UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB ha autorizado de manera integral los servicios que hagan parte el plan de beneficios de este régimen de salud, conforme lo ordenen los profesionales tratantes, como se ha efectuado hasta la fecha.

SEPTIMO.- Los profesionales tratantes han prescrito el tratamiento médico que requiere el paciente, indicando los servicios pertinentes para su recuperación por lo tanto es necesario precisar al despacho que no puede ser acogidas las pretensiones de la parte accionante en este sentido.

OCTAVO. En cuanto al suministro de **SERVICIO DE ENFERMERIA DOMICILIARIA O CUIDADOR DOMICILIARIO** , me permito informar que a la fecha la paciente no tiene indicación **MEDICA QUE SOPORTE LA SOLICITUD** como lo solicita el agente oficioso.



Carrera 27 No. 37 - 33 Ofc. 512 - 513 -514 Edif. Green Gold
B. Mejoras Públicas - Bucaramanga - Santander



Tel. 6340595 - Cel. 321 2018237
Línea 018000935544



www.utredintegradafoscal-cub.com
info@utredintegradafoscal-cub.com



CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ENFERMERA EN DOMICILIO Se debe autorizar Auxiliar de enfermería, para realización de actividades específicas de enfermería (administración de medicamentos, curaciones, entrenamiento en cateterismos Intermitentes). Capacitación al cuidador del paciente con patología neurológica compleja (manejo de traqueotomía, colostomía, gastrostomía, medidas anti escaras y actividades como cateterismos vesicales permanentes).

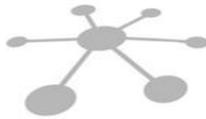
Auxiliar de enfermería 24 horas solamente para los siguientes casos: Manejo domiciliario del paciente con ventilación mecánica invasiva (incluida dentro del paquete de atención para paciente ventilado) Paciente que requiere administración de medicamentos más de 5 dosis día o infusión continua (Manejo de clínica del dolor, bombas de infusión o bombas de PCA). Auxiliar de enfermería 6, 8 y 12 horas solamente para los siguientes casos: Cuando el paciente tiene secuelas neurológicas y/ o traumáticas se autoriza turno de auxiliar de enfermería para realizar el entrenamiento de los cuidados básicos del paciente al cuidador.

Cuando el paciente requiere manejo de aspiración de secreciones o cateterismos intermitentes (vesical). Para el manejo de paciente con ostomías.

NO SON CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ENFERMERA EN DOMICILIO Para realizar al paciente cuidados básicos como: Aseo e higiene. Alimentación. Cambios de posición y medidas de prevención de escaras. Cuidados generales. Acompañamiento. Las anteriores actividades están a cargo del familiar o cuidador del paciente, la normatividad en seguridad social en salud no exime a la familia de su responsabilidad social frente al paciente. De igual manera es pertinente informar que el personal de enfermería se encuentra en la disposición de realizar entrenamiento al familiar y/o cuidador en las actividades básicas que requiera el paciente acordando un horario y un tiempo definido, así como en el evento que el usuario requiera de aplicación de medicamentos, cambios de sondas, toma de muestras para laboratorio, sin embargo por la problemática social propia de esta familia, se ha pretendido trasladar a nuestra entidad esta responsabilidad que no ha sido asumida dentro de la obligatoriedad de acompañamiento que debe ser proporcionada por la familia.

NOVENO- Respecto a la entrega de **PAÑALES DESECHABLES** me permito informar que la **UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB, No AUTORIZA la entrega de dichos insumos** en razón que partir del día 1 de marzo hogaño, la Prestación de Servicios de Salud a los Docentes afiliados al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, (Régimen de Excepción), se encuentra bajo la responsabilidad de la **U.T. RED INTEGRADA FOSCAL –CUB, es una UNION TEMPORAL de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.), mediante un contrato de prestación de servicios suscrito con la FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**, quien hace las veces de Entidad Promotora de Salud (E.P.S.), Asimilada, bajo un contrato asignado bajo la figura de Licitación Pública, el cual está enmarcado por unos términos de referencia de **obligatorio cumplimiento** que determinan inclusiones y exclusiones en los servicios que deberá prestar la **U.T. RED INTEGRADA FOSCAL –CUB**, a los usuarios afiliados a la **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**





“EXCLUSIONES: Se consideran exclusiones aquellos procedimientos no contemplados dentro del plan de atención a este régimen de excepción y que se describen a continuación: (.....)”

Por lo tanto los pañales desechables el insumo solicitado por vía de Tutela está excluido de conformidad con lo establecido en los términos de referencia del **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** adoptados por la **FIDUPREVISORA S.A.** .

Por lo anterior la entrega de **PAÑALES DESECHABLES** se considera en los nuevos términos de referencia como EXCLUSIONES en las que se encuentra:

- Tratamientos de infertilidad. Entiéndase como los tratamientos y exámenes cuyo fin único y esencial sea el embarazo y la procreación.
- Tratamientos considerados estéticos, cosméticos o suntuarios no encaminados a la restitución de la funcionalidad perdida por enfermedad o la grave afectación estética por trauma o cirugía mayor.
- Todos los tratamientos quirúrgicos y medicamentos considerados experimentales o los no autorizados por las sociedades científicas debidamente reconocidas en el país, así se realicen y suministren por fuera del territorio Nacional.
- Se excluyen expresamente todos los tratamientos médico-quirúrgicos realizados en el exterior.
- Se excluyen todos los medicamentos no autorizados por el INVIMA o el ente regulador correspondiente.
- Se excluyen tecnologías en salud sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Tratamientos de ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
- Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
- No se suministrarán artículos suntuarios, cosméticos, **complementos vitamínicos** (excepto los relacionados con los Programas de Promoción y Prevención) líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús, jabones, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental y demás elementos de aseo; leches, cremas hidratantes, anti solares, drogas para la memoria, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, anti-solares y cremas hidratantes serán cubiertas cuando sean necesarios para el tratamiento de la patología integral del paciente.





- No se reconocerán servicios por fuera del ámbito de la salud salvo algunos servicios complementarios y necesarios para el adecuado acceso a los servicios como el caso del transporte.
- Calzado Ortopédico.
- **Los pañales de niños y adultos y las toallas higiénicas.**
- Todo lo que no está explícitamente excluido se considera incluido.

Con el debido respeto es necesario hacer Salvedad que NO se autorizan aquellos servicios que están específicamente excluidos de estos Términos, pues al hacerlo estaríamos incurriendo en un PECULADO por desviación de recursos del Estado destinados para unos fines específicos que son utilizados en un fin diferente para el que fueron creados.

A pesar de las bondades propias del régimen de excepción existen ciertos servicios que no se hallan incluidos dentro de las obligaciones contraídas por esta entidad con la **FIDUPREVISORA** y si adicionalmente tenemos en cuenta que los recursos administrados por esta entidad por delegación del **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, son del Estado y por lo tanto tienen el carácter de públicos; comprometer recursos por fuera de los parámetros señalados en la Ley, podría constituir detrimento patrimonial (Daño Fiscal) de acuerdo al contenido de la Ley 610 del 2000.

ADEMAS NO EXISTE ORDENAMIENTO MEDICO QUE PRESCRIBA SU USO.

SOLICITUD

Me permito solicitar al despacho se denieguen las pretensiones de la parte accionante y se acojan los argumentos de la accionada.


MAURICIO HERNÁNDEZ DURÁN
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION AVANZAR FOS


JORGE RICARDO LEÓN FRANCO
REPRESENTANTE LEGAL
UT RED INTEGRADA FOSCAL – CUB



ANEXO No 5.
DOCUMENTO DE CONFORMACION

Bucaramanga, diciembre 5 de 2017

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
La Ciudad.

REFERENCIA: Invitación Pública No. 006 de 2017 CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE PARA LAS REGIONES 4 Y 7 BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Los suscritos, **JORGE RICARDO LEON FRANCO** (*nombre del Representante Legal*), identificado con cc. 2.099.899 de Guadalupe (Sder) y **RODOLFO PINILLA MARQUEZ** (*nombre del Representante Legal*), identificado con cédula de ciudadanía N° 5.645.631 de Girón (Sder); debidamente autorizados para actuar en nombre y representación de **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER – FOSCAL** (*nombre o razón social del integrante*) con NIT **890205361-4** y **CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.** (*nombre o razón social del integrante*) con NIT **900581702-9**, respectivamente; manifestamos por este documento, que hemos convenido asociarnos en (*marque a continuación con una x el tipo de conformación plural*) UNION TEMPORAL , CONSORCIO _____, MANIFESTACION DE SOCIEDAD FUTURA _____ para participar en la Proceso de Convocatoria Pública de la referencia, cuyo objeto es CONTRATACIÓN DE ENTIDADES QUE GARANTICEN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Y LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LOS RIESGOS LABORALES PARA LOS AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO EN EL TERRITORIO NACIONAL, ASUMIENDO Y GESTIONANDO EL RIESGO EN SALUD, OPERATIVO Y FINANCIERO QUE DEL CONTRATO SE DERIVE PARA LAS REGIONES 4 Y 7 BAJO LA MODALIDAD DE CAPITACIÓN PARA TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD, y posteriormente, en caso de ser adjudicado, suscribir, perfeccionar y ejecutar el respectivo contrato y por lo tanto, expresamos lo siguiente:

1. La duración de la Propuesta Plural será igual al término de ejecución y 5 años más.
No obstante, lo anterior, el presente acuerdo se terminará automáticamente si el contrato no llegare a serle adjudicado a Propuesta Plural

1 La región No. 4 se encuentra integrada por los siguientes Departamentos de la República de Colombia: Casanare, Boyacá y Meta.

2 La región No. 7 se encuentra integrada por los siguientes Departamentos de la República de Colombia: Santander, Norte de Santander, Cesar y Arauca.

2. La Propuesta Plural está integrada por:

NOMBRE	TÉRMINOS Y EXTENSIÓN DE PARTICIPACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO (1)	COMPROMISO (%) (2)
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER- FOSCAL	\$330.174.986.287	50 %
CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	\$330.174.986.287	50 %

(1) Discriminar en función de los ítems establecidos en el presupuesto oficial, para cada uno de los integrantes.

(2) El total de la columna, es decir la suma de los porcentajes de compromiso de los miembros, debe ser igual al 100%.

3. La Propuesta Plural se denominará **UT RED INTEGRADA FOSCAL- CUB.**

4. La responsabilidad de los integrantes de la Propuesta Plural: Serán solidariamente responsables por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto del contrato, en caso de ser adjudicado.

5. Las partes de la Propuesta Plural acuerdan que el representante de la Propuesta Plural es **JORGE RICARDO LEON FRANCO** (*indicar el nombre*), identificado con la cédula de ciudadanía No. **2.099.899**, de **Guadalupe (Sder)**, quien está expresamente facultado para firmar y presentar la propuesta y, en caso de salir favorecidos con la adjudicación, para firmar el contrato y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias respecto a la ejecución y liquidación del mismo, con amplias y suficientes facultades.

Queda expresamente facultado para presentar la propuesta a que haya lugar, firmar el contrato en caso de ser adjudicado, otorgar las garantías exigidas, representar a Propuesta Plural judicial o extrajudicialmente, ejercer las facultades de recibir, transigir y conciliar y tomar todas las determinaciones que lleguen a ser necesarias para la adecuada ejecución del contrato, con las más amplias facultades.

6. Las partes de la Propuesta Plural acuerdan que el suplente del representante de la Propuesta Plural es **RODOLFO PINILLA MARQUEZ** (*indicar el nombre*), identificado con la cédula de ciudadanía No. **5.645.631**, de **Girón (Sder)**, quien está expresamente facultado para (*señalar las facultades otorgadas al representante legal suplente*) **ejercer todas las facultades otorgadas al representante legal principal, las cuales ejercerá en ausencia temporal o definitiva del mismo.**

7. Los miembros de la propuesta plural participarán de manera conjunta en la totalidad de la ejecución de los trabajos y obligaciones inherentes al objeto del proceso de contratación, y en consecuencia velarán por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado. Para los fines pertinentes de la Propuesta Plural, las labores a realizar serán como se define a continuación: **Prestación de servicios de salud en todos los niveles de complejidad, del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en la región 7 conformada por los departamentos de Arauca, Cesar, Santander y Norte de Santander, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se derive y de acuerdo con el porcentaje de participación de los miembros de la Propuesta Plural descrito.**

8. La sede de la Propuesta Plural es:

Dirección de correo carrera 27 # 37-33 oficina 514 Edificio Green Gold

Dirección electrónica invitacionfiscal@gmail.com

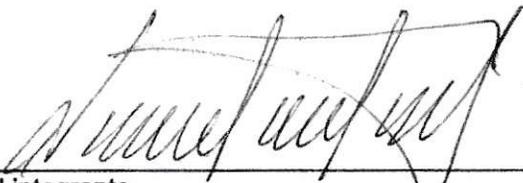
Teléfono (7) 6850087

Telefax (7) 6832073

Ciudad Bucaramanga - Santander

En constancia, se firma en Bucaramanga, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2017.

INTEGRANTES:



Firma del integrante

Nombre: JORGE RICARDO LEÓN FRANCO

Tipo de documento: Cedula de Ciudadanía

Número del documento de identificación: 2.099.899 de Guadalupe (Santander)

Nombre del INTEGRANTE (entidad): FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL

INTEGRANTES:



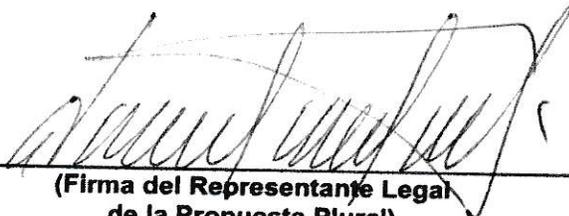
Firma del integrante

Nombre: RODOLFO PINILLA MARQUEZ

Tipo de documento: Cedula de ciudadanía

Número del documento de identificación: 5.645.631 de Girón (Santander)

Nombre del INTEGRANTE (entidad): CLINICA DE URGENCIAS DE BUCARAMANGA S.A.S.



(Firma del Representante Legal
de la Propuesta Plural)

Nombre del Representante Legal de la Propuesta Plural: JORGE RICARDO LEON FRANCO
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número del documento de identificación: 2.099.899 de Guadalupe (Sder)
Nombre del Proponente: UT. RED INTEGRADA FOSCAL- CUB



Paciente MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARM **CC** 28008114 **Edad** 75 **Entidad** CAPITACION-UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CU

Antecedente	P	F	Observaciones	Antecedente	P	F	Observaciones
HIPERTENSIVOS	X			DIABETES	X		
QUIRURGICOS	X		cx columna - dolor neuropatico lumbar	ALERGICOS	X		asa.- aines- tramadol
FARMACOLOGICOS	X		hidroxicina- sinalgen- ibersartan- carvedidol - prednisolona- clopidogrel, amlodipino, ezomeprasol , rosuvastatina, insulina glargina alpidra				

Subjetivo Control

Atiende la consulta la hija Johana
Dice que ha regulado mas el sueño, ha mejorado los sintomas del animo, no ha presentado nuevos episodios de infecciones urinarias
Refiere la hija que ha sido adherente al amnejo farmacologico

Examen Mental E.M.: consulta de psiquiatria por telemedicina / pandemia covid 19 / se explican limitaciones y objetivos de la misma la hija de la paciente entiende y acepta la modalidad de consulta. (ley 1419 art 2 resolucion n2654-201

Analisis Paciente de 75 años, con sintomas afcetivos y del estado del animo
Estable de los sintomas, es adherente al amenejo farmacologico hay escasa actividad fisica sin embargo hace actividad ocupaiconal
Se mantiene manejo y se cita a control en 3 meses

Paciente MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARM **CC** 28008114 **Edad** 75 **Entidad** CAPITACION-UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CU

Diagnosticos F019 DEMENCIA VASCULAR, NO ESPECIFICADA
 G628 OTRAS POLINEUROPATIAS ESPECIFICADAS
 E108 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS
 I694 SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA

Tratamiento	Medicamento	Dosis	Via Aplicación	Cant.
1	ESCITALOPRAM X10MG TABLETA una tableta encima del desayuno	1-0-0	Via Oral	30
2	Haloperidol Solucion oral 2 mg / mL (0,2%) 3 gotas cada 8 horas	3-3-3	Via Oral	1
3	QUETIAPINA 25 MGR TABLETA tomar media o una segun necesidad	0-0-1	Via Oral	30

K. Vanessa Bayona G.

KARLY VANESSA BAYONA GRANADOS

R.M. 15311-11

CC 1049602875 ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA



FUNDACION AVANZAR FOS
 NI 900357414
 Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
 Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

HISTORIA DE TELE ORIENTACIÓN MÉDICA

Fecha 18/05/2022 Hora 11:16:05 Profesional FRANCO AGUIRRE DIANA MARIA Unidad AMBULATORIO

CONSULTA

Motivo Consulta	TELECONSULTA ESTA HOSPITALIZADA ESPONDILODISCITIS ?
Enfermedad Actual	Paciente adulta con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, demencia vascular y lumbalgia crónica severa, hospitalizaciones por IVU y candidemia por C. parapsilosis resistente a fluconazol, actualmente se encuentra hospitalizada durante todo el mes de mayo 2022 por dolor lumbar, según lo conversado telefónicamente parece espondilodiscitis, a cargo de neurocx y clínica de dolor, refiere que aun no le modulan dolor, estuvo mal en casa sin modular dolor, le han relaizado multiples bloqueos intrahospitalarios pero persite dolor intenso, dado el panorama y lo informado en cada consulta, veo priporitario un contorl por clinica de dolor una vez tenga la pcte salida de su hospitalizacion. (prioritario)
Causa externa	Enfermedad general

ANTECEDENTES

Quirurgicos	COLECISTECTOMÍA / CESAREA
Personales	DM-2 IR / NEUROPATÍA 2RIA / HTA / DISLIPIDEMIA / HIPOTIROIDISMO / SECUELAS DE ACV / OBESIDAD / URTICARIA / MIGRAÑA / ANSIO-DEPRESIÓN
Alergicos	AINES, ASA, TRAMADOL y MELOXICAM
Farmacologicos	GLARGINA +LIRAGLUTIDE-16, AMLODIPINO 5(1), CLOPIDOGREL-75(1), CARVEDILOL-6.25(2), IRBESARTÁN+HCT 150/12.5(2), HIDROXICINA-25(2), ROSUVASTATINA-20(1), PREDNISOLONA-5(4), ESOMEPRAZOL-20(1), PREGABALINA-50, ACIDO VALPROICO-250, TAPENTADOL-100(2), ESCITALOPRAM-10, QUETIAPINA-25, ¿CLONAZEPAM?, ACETAMINOFEN+CODEÍNA

REVISION POR SISTEMA

Cardiovascular	NO
Hallazgo:	--
Nervioso central y/o periférico	NO
Hallazgo:	--
Oftalmología	NO
Hallazgo:	--
Osteomuscular	NO
Hallazgo:	--
Otorrinolaringológico	NO
Hallazgo:	--
Piel y anexos	NO
Hallazgo:	--
Reproductivo	NO
Hallazgo:	--
Respiratorio	NO
Hallazgo:	--
Urinario	NO
Hallazgo:	--
Vascular periférico	NO
Hallazgo:	--
Otros	NO
Hallazgo:	--

CONDUCTA, PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

Analisis	Paciente adulta con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, demencia vascular y lumbalgia crónica severa, hospitalizaciones por IVU y candidemia por C. parapsilosis resistente a fluconazol, actualmente se encuentra
-----------------	---



FUNDACION AVANZAR FOS
 NI 900357414
 Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
 Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

Plan a Seguir	hospitalizada durante todo el mes de mayo 2022 por dolor lumbar , segun lo conversado telefonicamente parece espondilodiscitis , a cargo de neurocx y clinica de dolor , refire que aun no le modulan dolor , estuvo mal en casa sin modular dolor , le han relaizado multiples bloqueos intrahospitalarios pero persite dolor intenso , dado el panorama y lo informado en cada consulta , veo priporitario un contorl por clinica de dolor una vez tenga la pcte salida de su hospitalzacion . (prioritario)
Requiere Seguimiento?	SI
En Cuantos Días	60
Tipo de Seguimiento	Med. Familiar

DIAGNOSTICOS

Diagnosticos

Tipo	Clase	Diagnostico	Observaciones
Principal	Confirmado Repetido	E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	
Relacionado 1	Confirmado Repetido	R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE	

PLAN INTERVENCION

Remitido A

DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS
 MEDICINA FAMILIAR

REMISION

Firma Electronica FRANCO AGUIRRE DIANA MARIA
 MEDICINA FAMILIAR 7640/2005

Nota: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1995 de 1999 y ley 23 de 1981



INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE

CLINICA PSIQUIATRICA ISNOR

Nit 800012323-8

CALLE 50 # 23-100 Tel: 6432364

Email: gerencia@clinicaisnor.com Web: www.clinicaisnor.com

ASIGNACION CITA

No Historia

28008114

Fecha	ABRIL 29 DE 2022	Entidad	CAPITACION-UNION TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL-CUB		
Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	CC	28008114	Edad	75 Años

Médico: JUAN CARLOS RAMOS RODRIGUEZ

Asignado Por: EDDY PAOLA JAIMES GOMEZ

Observaciones: TELCONSULTA

Fecha Cita: 26/07/2022 01:40 p. m.

Sedes de Atención:

Calle 50 No 23-70

- Llegar 15 minutos antes de la cita programada y presentar autorización, carné y cédula.
- Recuerde que tiene 72 horas (3 días) para reclamar sus medicamentos.

Para cancelación de cita llamar con ocho (8) horas de anticipación a la cita.

Si la cita programada es para un MENOR DE EDAD o ADULTO MAYOR, el usuario debe asistir acompañado de un familiar

SEÑOR USUARIO SI HA MODIFICADO SU TELEFONO O DIRECCIÓN, FAVOR INFORMARLO EN LA RECEPCION PARA HACER LA RESPECTIVA ACTUALIZACIÓN.

República de Colombia  Gobernación de Santander	CARTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	11
		FECHA DE APROBACIÓN	02/01/2020
		PÁGINA	Página 1 de 2

**LA COORDINADORA DEL GRUPO ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC
ADSCRITA A LA SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER, DE ACUERDO A
LO DECLARADO EN PLATAFORMA REGISTRO ESPECIAL DE
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS**

CERTIFICA:

Que una vez consultados los archivos de esta dependencia, se pudo establecer:

Que la **FUNDACION AVANZAR FOS**, del Municipio de **FLORIDABLANCA**, Departamento de Santander, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Grupo de Acreditación en Salud y SOGC, de la Secretaría de Salud Departamental como Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el código de prestador No. **6827603671-02 NIT. 900357414-3**.

Que en la actualidad el Doctor **MAURICIO HERNANDEZ DURAN**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.745.679 expedida en Bucaramanga, se encuentra ejerciendo el cargo de Representante Legal de la "**FUNDACION AVANZAR FOS**", conforme el acta de la Junta Directiva No. 26 del 6 de Febrero de 2018.

Que mediante **Resolución No. 00 - 12301 del 14 de agosto de 2018**, la Gobernación de Santander-Secretaria de Salud Departamental, reconoce e inscribe y a **MAURICIO HERNANDEZ DURAN**, identificado con cedula de ciudadanía No. 13.745.679 expedida en Bucaramanga, como representante legal de la "**FUNDACION AVANZAR FOS**", con domicilio principal en el municipio de Floridablanca, Santander.

Que mediante **Resolución No. 005657 del 30 de abril de 2010**, la Gobernación de Santander - Secretaria de Salud Departamental, reconoce Personería Jurídica a la "**FUNDACION AVANZAR FOS**", con domicilio principal en el municipio de Bucaramanga, Santander, como entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, creada mediante escritura pública No. 602 del 05 de marzo de 2010 de la Notaria Décima de Bucaramanga.

Que mediante **Resolución No. 005657 del 30 de abril de 2010**, la Gobernación de Santander - Secretaria de Salud Departamental, aprobó los estatutos de la



 <p>República de Colombia Gobernación de Santander</p>	<p>CARTA</p>	CÓDIGO	AP-AI-RG-110
		VERSIÓN	11
		FECHA DE APROBACIÓN	02/01/2020
		PÁGINA	Página 2 de 2

“FUNDACION AVANZAR FOS”, aceptados en la misma escritura pública No. 602 del 05 de marzo de 2010 de la Notaria Décima de Bucaramanga.

Que en el evento de existir documentación que registre información diversa a la aquí consignada, estamos en condiciones de revisar la presente certificación.

Se adhiere y anula Estampilla de Recaudo Departamental, según ordenanza 012/05 y Decreto 005/06 por valor de \$ 78.870, conforme a recibo No. 2502200115272 de fecha 18 de febrero 2022.

La presente certificación se expide a solicitud de **MAURICIO HERNANDEZ DURAN**, identificado con Cédula de Ciudadanía N°. **13.745.679** de Bucaramanga

Válida hasta 31 de diciembre de 2022, salvo que el prestador realice novedades contempladas en el Art. 12 numeral 12.1 Novedades del prestador de servicios de salud, Resolución 3100 de 2019, durante el transcurso de la vigencia de la presente certificación.

Dada en Bucaramanga a los cinco (05) días del mes de marzo de 2022.


YELITZA LILBETH HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
 Coordinadora Grupo Acreditación en Salud y SOGC
 Secretaría de Salud de Santander

Elaboró: Leiny Alvarez





FUNDACION AVANZAR FOS
NI 900357414
Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

ATENCIÓN DOMICILIARIA (PAD)

Fecha 22/04/2022 Hora 18:26:09 Profesional GALVIS MEDINA JAIME ALEXANDER Unidad AMBULATORIO

ANTECEDENTES

CONSULTA

Hora de Atención 10:20
Persona en Condición de Discapacidad
Tipo de Discapacidad Múltiple
Nombre Cuidador Primario Karina Castellanos
Parentesco Hija
Motivo de Consulta Seguimiento/Control
Enfermedad Actual (PAD) Femenina adulta con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, demencia vascular y lumbalgia crónica severa, reciente hospitalización por IVU y candidemia por C. parapsilosis resistente a fluconazol, recibió manejo con equinocandida por 14 días con hemocultivo para hongos negativo a los 28 días, se descartaron siembras sépticas (ecocardiograma sin vegetaciones), RNM columna sin espondilodiscitis. Refiere debilidad con dolor en región lumbar con mejoría de la marcha. Refiere cuidadora que presentó episodio de tos sin expectoración con manejo homeopático, actualmente en resolución. Al momento de la evaluación en sesión de fisioterapia quien reporta aceptación irregular a los manejos. Buen control glucémico con metoformina, sin requerimiento de insulina en el momento. Sin requerimiento de urgencias.
Visita realizada en compañía de Gladys Martínez, Cuidadora

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus 2 IR (HbA1c: 9.8% 29/10/2021)
- ACV isquémico en 2018
-- Demencia vascular como secuela
Lumbalgia severa crónica
QUIRÚRGICOS
COLECISTECTOMIA, CESAREA ;2, LEGRADO UTERINO ;1
CX CATARATA AO
INTERVENCIONIMO ANALGESICO - 03/12/2021 BLOQUEO FACETARIO LUMBAR I2-L3-L4-L5-S1 BILATERAL + BLOQUEO TRANSFORAMINAL L3-I4-I5 DERECHO + - Dermatitis atópica severa **En tratamiento**
-- Dermatitis psoriaciforme y espongiforme (Biopsia de piel 19/11/21) - Micosis en región inguinal
ALÉRGICOS
- ALERGIA: ASA, tramadol y AINES
Ciclos Regulares 2
Ciclos Irregulares 2
Tabaquismo/Sustancias Psico- Extabaquismo No recuerda cantidad clara
Medicamentos
hidroxicina + acetaminofen
Irbersarta/HCTZ cada 12 horas
rosuvastatina 1 dia
clopidogrel 1 cad 24 horas
prednisona 25 mg dia
insulina degludec + liraglutide 14 ui dia
tapentadol 100 mg cada 12 horas
escitalopram 10 mg dia
acido valproico 500 mg dia
pregabalina 1 dia
quetiapina 25 mg dia
amlodipino 5 mg dia
Antecedentes Familiares Tiene 2 hijos. Uno en Barranquilla, otra en Barrancabermeja. Separada, vive con personal de servicio doméstico

EXAMEN FISICO



FUNDACION AVANZAR FOS
 NI 900357414
 Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
 Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

Signos Vitales	TA 120/80
F.C	76
F.R	Sat O2 95%
Cabeza y Cuello	Conjuntivas rosadas, pupilas reactivas a la luz, escleras anictéricas, mucosas oral húmeda, cuello móvil no masas
Cardiopulmonar	Tórax expansible, patrón respiratorio adecuado sin signos de dificultad respiratoria. A la auscultación ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, murmullo vesicular audible y sin sobeagregados pulmonares
Abdomen	Globoso, blando, no doloroso a la palpación, no se palpan masas no megalias, no signos de irritación peritoneal
Extremidades	Móviles, sin edema, pulsos distales presentes y llenado capilar menor a 3 segundos.
Neurólogo	Consciente, orientada, colaboradora. Sin focalización motora ni sensitiva
Estado Mental	Alerta, colaboradora, aunque ansiosa en ocasiones durante la evaluación
Piel y Faneras	Anictérica. Sin lesiones por presión

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Imágenes Diagnósticas	RNM de columna lumbosacra contrastada (16/11/2021) - Cambios post-quirúrgicos de fijación transpedicular L4, L5 y S1 y expansor discal L4-L5. - Protrusión discal posterior concentrica L3-L4 con moderada hipertrofia de facetas articulares y estrechamiento del canal central, de recesos laterales y de agujeros de conjugación. - Moderado borramiento de la grasa en el receso lateral derecho del espacio L4-L5. - Listesis grado I L5 sobre S1, por cambios facetarios degenerativos. - Leve estrechamiento del canal central en el espacio L4-L5 por hipertrofia de facetas articulares y ligamentos amarillos. - Cambios de fibrosis perirradicular en el receso lateral derecho del espacio L4-L5. - Estrechamiento leve de los agujeros de conjugación L4-L5
------------------------------	--

DIAGNOSTICOS

Diagnosticos

Tipo	Clase	Diagnóstico	Observaciones
Principal	Confirmado Repetido	G309 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	
Relacionado 1	Confirmado Repetido	Z636 PROBLEMAS RELACIONADOS CON FAMILIAR DEPENDIENTE, NECESITADO DE CUIDADO EN LA CASA	
Relacionado 2	Confirmado Repetido	I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
Relacionado 3	Confirmado Repetido	E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	

ORDENES

Ordenes

Servicio	Medicamento	Posología	Cantidad
MEDICAMENTOS	G-00050 ESCITALOPRAM TAB 10 MG	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab diaria	30 treinta
	G-0171 CLOPIDOGREL 75 MG TABLETA	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab diaria	30 treinta
	G-0544 PREDNISOLONA 5MG TABLETA	VÍA: ORAL DOSIS: 2,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 2 tab (10 mg) diario	60 sesenta



FUNDACION AVANZAR FOS
 NI 900357414
 Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
 Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

G-0978 HALOPERIDOL 2MG-ML (0.2%) SOLUCION ORAL	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 UNIDAD FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 8 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: Según indicación de médico especialista	1 uno
G-1197 QUETIAPINA 25 MG TAB	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab diaria	30 treinta
G-1432 CARVEDILOL 6.25 MG TABLETAS	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 12 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab cada 12 horas	60 sesenta
G-1690 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab diaria	30 treinta
G-1738 ROSUVASTATINA 20 MG TABLETAS	VÍA: ORAL DOSIS: 1,00 TABLETA O CAPSULA FRECUENCIA ADMINISTRADA: CADA 24 HORA(S) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: 2 MES(S) OBSERVACIONES: 1 tab diaria	30 treinta

INSTRUMENTOS DE VALORACION

PLAN INTERVENCION

PLAN TERAPEÚTICO	<ol style="list-style-type: none"> Omeprazol 20 mg vo cada día N. 30 Carvedilol 6.25 mg vía oral cada 12 horas N. 60 Prednisolona 10 mg vía oral al día fa: 8/2/22 N. 30 Clopidogrel 75 mg vía oral al día N. 30 Quetiapina 25 mg cada noche N. 30 Acetaminofen + hidrocodona 1 tab cada 12 horas *** Formulado por medicina familiar el 28/03/2022 por 3 meses *** Pregabalina 75 mg noche N. 30 *** Formulado por medicina familiar el 28/03/2022 por 3 meses *** Rosuvastatina 20 mg vía oral al día N. 30 Escitalopram 10 mg vía oral al día N. 30 Empaglifozina + Metformina 12,5/1000mg 1 tab diaria N. 30 *** Formulado por medicina familiar el 28/03/2022 por 3 meses *** Haloperidol Según indicación de especialista N. 1
INTERVENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> Visita domiciliaria por medicina general control bimensual N. 1 Plan Terapia física domiciliaria lunes a viernes exceptuando festivos. Plan Terapia de fonoaudiología domiciliaria Lunes miércoles y viernes exceptuando festivos.
Requiere Seguimiento?	SI
En Cuantos Días?	60
Tipo de Seguimiento	PAD DOMICILIARIA
Ingresa a PAD?	--
Análisis y Observaciones	<p>Se considera paciente con antecedentes anotados con recuperación funcional importante dadas por capacidad de movilidad camina con apoyo de caminador y de cuidadora, además, sube y baja escaleras con asistencia. Barthel 60/100 aún con requerimiento de asistencia para la realización de actividades básicas. Se realiza reformulación al plan de manejo de egreso y se asigna visita control para junio 2022 para definir permanencia en PAD</p> <p>NOTA: Se deja constancia que realizo la evaluación y atención del paciente con elementos de protección personal (lavado de manos pre y post atención, traje quirúrgico, tapabocas quirúrgico y/o respirador N95, gafas de protección, y/o careta de protección, bata y guantes desechables)</p>

INSTRUMENTO ÍNDICE DE BARTHEL



FUNDACION AVANZAR FOS
 NI 900357414
 Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
 Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	111111111	Parentesco	Hermano(a)	

1. COMER	NECESITA AYUDA: Para cortar, pero come solo
2. BAÑARSE	DEPENDIENTE: Necesita alguna ayuda o supervisión
3. VESTIRSE	NECESITA AYUDA: Pero puede hacer la mitad solo
4. ASEO PERSONAL	INDEPENDIENTE: Realiza las actividades sin ayuda, los complementos otra persona
5. DEPOSICIÓN	CONTINENTE: Si necesita enema o supositorios es capaz Solo, no es incontinente
6. MICCIÓN	CONTINENTE: Ninguna Incontinencia, puede cambiar bolsa si esta sondado
7. USO DE RETRETE	DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
8. TRASLADARSE SILLA /CAM	MINIMA AYUDA: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda
9. DESPLAZAMIENTO	NECESITA AYUDA: Supervisión o ayuda pequeña para 50 metros, manejo de andador
10. VESTIRSE	NECESITA AYUDA: Supervisión Física o Verbal
11. TOTAL	60.00

ESCALA DE MORSE

ANTECEDENTES DE CAÍDAS	NO
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	NO
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama/ Requiere Asistencia
VÍA VENOSA	NO
MARCHA	Normal/ Inmovilizado/Reposo en cama
CONCIENCIA / ESTADO MENT	Consiente de sus capacidades y limitación
PUNTAJE ESCALA DE MORSE	0.00

CRITERIOS CUIDADOS ENFERMERIA

Moni toreo estándar (control de signos vitales)	0
Medicamentos intravenosos múltiples, en boloo infusión	0
Cambio de rutina, cuidado y prevención de úlceras por presión	1
Cuidados básicos pacientes postrados	1
Ventilación mecánica invasiva	0
Ventilación mecánica no invasiva	0
Oxígeno suplementario con FiO2 mayor 35%	0
Oxígeno suplementario con FiO2 menor al 35%	0
Cuidado de traqueostomía	0
Tratamiento para mejorar la función pulmonar, aspiración intratraqueal, inhaloterapia	0
Monitoria de saturación de oxígeno	0
administración intravenosa de grandes dosis de líquidos	0
Catéter venoso central, catéter PIC	0
Medicamentos gastrosintéticos con o sin sonda vesical	0
Diuresis forzada, furosemida en infusión	0
Hiperalimentación intravenosa, nutrición parenteral	0
Alimentación enteral por sonda nasogástrica u otra gastrointestinal, yeyunostomía	0
Curaciones	0
Administración de medicamentos de protocolo especial o larga duración	0
Manejo de abdomen abierto	0
Manejo de bombas de infusión	0
Total Enf	2.00

REMISION

Firma Electronica GALVIS MEDINA JAIME ALEXANDER
 MEDICINA GENERAL 79549033



FUNDACION AVANZAR FOS
NI 900357414
Dir: CALLE 157 # 20-96 FOSCAL INTERNACIONAL Piso 0
Tel: 7000300

SEDE: FUNDACION AVANZAR FOS - FLORIDABLANCA FLORIDABLANCA-SANTANDER

Paciente	MEJIA DE CASTELLANOS LEYLA DEL CARMEN	Numero Ide	28008114	Tipo CC	Fecha Nac	27/01/1947
Sexo	Muj	Edad	75 Años	Ocupación	MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
Estdo Civil	Casado	Dirección	CRA 25-A # 148-20 CASA 41 FLORIDABLANCA - SANTANDER			
Teléfono	3002102935 - 3002102574 - 3002102935		Contrato	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA MAGISTERIO7		
Acompañante	PRESENCIAL	Tel. Acompañante	1111111111	Parentesco	Hermano(a)	

Nota: Este documento es estrictamente confidencial, cumpliendo con los parámetros legales de la Resol. 1995 de 1999 y ley 23 de 1981