



Oficio N° 2020 GAA-145
Sogamoso, 01 de Septiembre de 2020



Doctora:
DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
Gerente
Salud Sogamoso E.S.E.

REF: PLANES DE MEJORA AUDITORIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO - INFORME DE SEGUIMIENTO

Cordial saludo,

En atención a compromisos establecidos desde el comité de Gestión y Desempeño, me permito remitir formulación de plan de mejora producto de auditoría de control interno para el servicio de esterilización, del mismo modo presento informe de seguimiento a ejecución a las acciones de mejora formulas en plan de mejora presentado en ocasión de informe de auditoría de control interno para el servicio farmacéuticos de la UBA Monquirá y Unidad móvil de la siguiente manera:

**INFORME DE EJECUCION Y AVANCES DE PLAN DE MEJORA INFORME DE AUDITORIA
GESTION FARMACEUTICA**

HALLAZGO	ACTIVIDAD	SEGUIMIENTO	SOPORTE
IDENTIFICACION DE UNIDADES DE MEDICAMENTOS FALTANTES EN INFORME DE AUDITORIA DE VERIFICACION DE INVENTARIOS DE MEDICAMENTOS	Realizar el proceso de facturación de medicamentos en el momento de realizar el despacho de los mismos, verificando nombre de medicamento, presentación y cantidad del medicamento entregado versus lo facturado	Se verifica proceso de facturación en sistema de información CNT de los medicamentos despachados de manera aleatoria identificando adherencia al compromiso establecido, por parte del equipo de regentes de la institución.	Pantallazos sistema CNT, proceso de facturación de medicamentos. Adjunto: 6 Folios



		Realizar verificación aleatoria de existencias de medicamentos en físico versus módulo de inventario CNT	Se imprime inventario de sistema CNT de cada una de los servicios farmacéuticos por unidad de servicio, para proceder a realizar la revisión aleatoria de inventario en físico versus el presente en CNT	Plantilla de inventario en CNT del día de la verificación por servicio farmacéutico, con la firma del regente responsable y firma de Subgerente Servicios de Salud. Se adjuntan 1 folios
Falta de Actualización de la Matriz de Administración de riesgos		Actualizar la identificación y gestión de riesgos propios del proceso de Gestión Farmacéutica	A la fecha se encuentra en proceso de actualización la matriz de Administración de Riesgos en la que se incluyen los riesgos propios del proceso de gestión farmacéutica.	En proceso de ajustes Matriz de Administración de Riesgos.

En atención a recomendación realizada por la oficina de control interno en relación a "posibilidad de ocurrencia de pérdida del inventario en la Móvil, toda vez que si bien es cierto está dentro de la Móvil; las llaves se dejan en el parqueadero y los inventarios quedan un tanto expuestos (no se cuenta con un armario bajo llave como control físico por la posible la exposición de pérdida), por lo anterior me permito informar que por espacio físico dentro de la unidad móvil no es viable disponer de armario con llave para el almacenamiento de los medicamentos; sin embargo atendiendo a la recomendación realizada por la oficina de control interno se programa el almacenamiento y/o custodia de los medicamentos de la unidad móvil en el servicio farmacéutico de la UGRA centro, para lo cual de manera diaria, al terminar la jornada la unidad móvil se desplaza a UGRA Centro para guardar los medicamentos del mismo modo todos los días al inicio de la jornada la móvil recoge los medicamentos en UGRA Centro, de esta manera se garantiza la custodia, seguridad de los medicamentos que se encuentran bajo inventario de la unidad móvil.

Aunado a lo anterior adjunto al presente oficio la reformulación de plan de mejora para el servicio de esterilización suscrito por las partes involucradas, para posterior seguimiento.

Sin otro particular,


NUBIA YANETH GUEVARA PINTO
Subgerente Servicios de Salud
Salud Sogamoso ESE

centro

Paciente: CC 35506892 MARIA ELENA ROSAS RODRIGUEZ

Usuario: AUX34

Fecha Impresión: 02/09/2020 14:53

Página N

**ORDEN DE MEDICAMENTOS
SALUD SOGAMOSO ESE**

Nit. 826000923

Dir. CARRERA 9 N° 11-74 - Tel. 7720304

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 27/08/2020 07:50:23a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

27/08/2020 07:50:23a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

35506892 MARIA ELENA ROSAS

RODRIGUEZ

Administradora: COMFAMILIAR Convenio:

ASISTCOMFAMILIA Tipo de Usuario: SIN

COPAGO

No Historia: 35506892 Orden N°: 1182920

R/.

Código: M011011 Medicamento:

Metformina 850 mg TABLETAS

Medida: UNIDAD Concentración: 850 Via

Administración: Via oral

Cantidad: 30 (TREINTA) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA DIARIA DESPUES DE ALMUERZO

Periodo Duración Tratamiento: 30

Código: A003011 Medicamento: Acido

Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS

Medida: UNIDAD Concentración: 100 Via

Administración: Via oral

Cantidad: 30 (TREINTA) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA DIA DESPUES DEL ALMUERZO

Periodo Duración Tratamiento: 30

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: E119 DIABETES MELLITUS NO INS
DX Relacionado 1: E669 OBESIDAD, NO ESPECII

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas


DR. LINA PAOLA CARRENO CALDERON

CC 1057588117

Especialidad AA_CENTRO

Registro: 1057588117

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 826.000.923-1
 CARRERA 9 No. 11-74
 TEL 7720304
 SOGAMOSO - BOYACA

centro.

Historia N° 35506892 Documento N° CC 35506892 **FACTURA DE VENTA : 3,079,781**
 Paciente ROSAS RODRIGUEZ MARIA ELENA Fecha **27/08/2020**
 Edad 54 año(s) Sexo Fem Carné 000000000000 Hora: **07:57**
 Administradora COMFAMILIAR Conv ASISTCOMFAMNIT 891800209-8
 Regimen SIN COPAGO Autoriz Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
 Cajero FARMACIA10 **Servicio Ambulatorio**
 Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
Orden N° 844,742,003					0
A10BA0201	Metformina 850 mg TABLETAS	30.00	100	3,000	0
N02BA0101	Acido Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS	30.00	50	1,500	0
TOTAL CARGOS	4,500				0
TOTAL ADMINISTRADORA	4,500				0
CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE					0
TOTAL PACIENTE EN LETRAS: CERO PESOS MCTE				TOTAL A PAGAR PACIENTE	0

VALOR DE RECUPERACION 0
 VALOR ABONADO 0
 VALOR SUBSIDIADO 0
 VALOR RECARGO 0
 VALOR FINANCIADO 0

OBSERVACIONES:

 FIRMA RESPONSABLE

 FIRMA DEL PACIENTE

Verificamos proceso de facturación.
[Signature]

Paciente: TI 1072650158 CARLOS STIVEN CARDOZO MORENO
Usuario: AUX34

Fecha Impresión: 02/09/2020 14:52

Página N

ORDEN DE MEDICAMENTOS SALUD SOGAMOSO ESE

Nit. 826000923

Dir. CARRERA 9 N° 11-74 - Tel. 7720304

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 27/08/2020 08:55:53a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA
27/08/2020 08:55:53a.m.

Documento y Nombre del Paciente: TI
1072650158 CARLOS STIVEN CARDOZO
MORENO

Administradora: COMPARTA Convenio:

ASISTESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 1072650158 Orden N°: 1183009

R/.

Código: L016221 Medicamento: Loratadina
5mg/5ml (0.1%) Jarabe

Medida: UNIDAD Concentración: 0.1 Via

Administración:

Cantidad: 1 (UN) Forma Farmaceutica:

Jarabe Cantidad Entregada: _____

Dosis y Frecuencia de Administración: 10
CC CADA DIA.

Periodo Duración Tratamiento: 7 DIAS

Código: H007321 Medicamento:

Hidrocortizona acetato CREMA 1%

Medida: UNIDAD Concentración: 0.1 Via

Administración:

Cantidad: 1 (UN) Forma Farmaceutica:

Crema Cantidad Entregada: _____

Dosis y Frecuencia de Administración:

APLICAR CADA 12 HORAS EN AREA

AFECTADA

Periodo Duración Tratamiento:

Código: C031321 Medicamento: Clotrimazol

Crema tópica 1%

Medida: UNIDAD Concentración: 0.1 Via

Administración: Via tópica

Cantidad: 1 (UN) Forma Farmaceutica:

Crema Cantidad Entregada: _____

Dosis y Frecuencia de Administración:

APLICAR CADA 8 HORAS EN AREA

AFECTADA.

Periodo Duración Tratamiento:

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: L237 DERMATITIS ALERGICA DE C

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



Dra. María Alejandra Socha Rodríguez
Médico S.S.O.
Unión de la Sabana
C.C. 1016066517

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 27/08/2020 08:55:53a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

27/08/2020 08:55:53a.m.

Documento y Nombre del Paciente: TI

1072650158 CARLOS STIVEN CARDOZO

MORENO

Administradora: COMPARTA Convenio:

ASISTESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 1072650158 Orden N°: 1183009

R/.

DR. MARIA ALEJANDRA SOCHA RODRIGUEZ

CC 1016066517

Especialidad: A_PERIFERICAS_ESP

Registro: 1016066517

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 826.000.923-1
 CARRERA 9 No. 11-74
 TEL 7720304
 SOGAMOSO - BOYACA

Pendientes

Historia N° 1072650158 Documento N° TI 1072650158 **FACTURA DE VENTA : 3,079,921**
 Paciente CARDOZO MORENO CARLOS STIVEN Fecha 27/08/2020
 Edad 13 año(s) Sexo Mas Carné 000 Hora: 09:20
 Administradora COMPARTA Conv ASISTESS133 NIT 804002105-0
 Regimen SIN COPAGO Autoriz Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
 Cajero FARMACIAS **Servicio Ambulatorio**
 Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
Orden N° 844,806,001					0
D01AC0102	Clotrimazol Crema tópica 1%	1.00	1,350	1,350	0
D07AA0201	Hidrocortizona acetato CREMA 1%	1.00	1,800	1,800	0
R06AX1301	Loratadina 5mg/5ml (0.1%) Jarabe	1.00	1,950	1,950	0
TOTAL CARGOS	5,100				0
TOTAL ADMINISTRADORA	5,100				0
CINCO MIL CIEN PESOS MCTE					0
				VALOR DE RECUPERACION	0
				VALOR ABONADO	0
				VALOR SUBSIDIADO	0
				VALOR RECARGO	0
				VALOR FINANCIADO	0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
 CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

 FIRMA RESPONSABLE

 FIRMA DEL PACIENTE

Paciente: CC 33447612 ANA JULIA HURTADO ALARCON

Usuario: AUX34

Fecha Impresión: 02/09/2020 14:48

Página N

ORDEN DE MEDICAMENTOS

SALUD SOGAMOSO ESE

Nit. 826000923

Dir. CARRERA 9 N° 11-74 - Tel. 7720304

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 10/08/2020 08:20:53a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO BOYACA

10/08/2020 08:20:53a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

33447612 ANA JULIA HURTADO ALARCON

Administradora: COMPARTA Convenio:

PYPESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 33447612 Orden N°: 1174487

R/.

Código: C07AG02-1 **Medicamento:**

CARVEDIDOL 12.5 MG TABLETAS

Medida: UNIDAD **Concentración:** 12.5MG

Via Administración:

Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma**

Farmacéutica: Tableta ó cápsula **Cantidad**

Entregada: _____

Dosis y Frecuencia de Administración: 1

TAB CADA 12 HORAS

Periodo Duración Tratamiento:

Código: C09DA01100 **Medicamento:**

LOSARTAN 100 MAS HIDROCLOROTIAZIDA

12.5

Medida: UNIDAD **Concentración:** 100 **Via**

Administración:

Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma**

Farmacéutica: Tableta **Cantidad Entregada:**

Dosis y Frecuencia de Administración:

Periodo Duración Tratamiento:

Código: C08CA037011 **Medicamento:**

AMLODIPINO 5 MG tableta

Medida: UNIDAD **Concentración:** 5 MG **Via**

Administración:

Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma**

Farmacéutica: Tableta **Cantidad Entregada:**

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS.

Periodo Duración Tratamiento:

Código: A003011 **Medicamento:** Acido

Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS

Medida: UNIDAD **Concentración:** 100 **Via**

Administración:

Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma**

Farmacéutica: Tableta **Cantidad Entregada:**

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA DIA DESPUES

DEL ALMUERZO

Periodo Duración Tratamiento:

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 10/08/2020 08:20:53a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

10/08/2020 08:20:53a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

33447612 ANA JULIA HURTADO ALARCON

Administradora: COMPARTA Convenio:

PYPESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 33447612 Orden N°: 1174487

R/.

Código: C002101 **Medicamento:** Omeprazol

20 mgs CAPSULAS

Medida: UNIDAD **Concentración:** 20 **Via**

Administración:

Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma**

Farmacéutica: Cápsula **Cantidad Entregada:**

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA DIA EN AYUNO

Periodo Duración Tratamiento:

Código: A001011 **Medicamento:**

Acetaminofen Tabletas 500 mg

Medida: UNIDAD **Concentración:** 500 **Via**

Administración:

Cantidad: 10 (DIEZ) **Forma Farmacéutica:**

Tableta **Cantidad Entregada:** _____

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA O DOS TABLETAS DIARIAS

SOLAMENTE SI HAY DOLORES INTENSOS

Periodo Duración Tratamiento:

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

FORMULACION POR TRES MESES

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (P

DX Relacionado 1: J449 ENFERMEDAD PULMON

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas

DR. MARIA ALEJANDRA SOCHA RODRIGUEZ

CC 1016066517

Especialidad: A_PERIFERICAS_ESP

Registro: 1016066517

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 826.000.923-1
 CARRERA 9 No. 11-74
 TEL 7720304
 SOGAMOSO - BOYACA

Persepolis

Historia N° 33447612 Documento N° CC 33447612 **FACTURA DE VENTA : 3,068,102**
 Paciente HURTADO ALARCON ANA JULIA Fecha **10/08/2020**
 Edad 70 año(s) Sexo Fem Carné 100000000000 Hora: 08:49
 Administradora COMPARTA Conv PYPESS133 NIT 804002105-0
 Regimen SIN COPAGO Autoriz Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
 Cajero CITAS4 **Servicio Ambulatorio**
 Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
Orden N° 840,180,011					0
C07AG0201	CARVEDIDOL 12.5 MG TABLETAS	180.00	100	18,000	0
C08CA03701	AMLODIPINO 5 MG tableta	180.00	50	9,000	0
C09DA01	LOSARTAN 100 MAS HIDROCLOROTIAZIDA 12.5	180.00	400	72,000	0
N02BA0101	Acido Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS	90.00	50	4,500	0
TOTAL CARGOS	103,500		VALOR DE RECUPERACION		0
TOTAL ADMINISTRADORA	103,500		VALOR ABONADO		0
			VALOR SUBSIDIADO		0
CIENTO TRES MIL QUINIENTOS PESOS MCTE			VALOR RECARGO		0
			VALOR FINANCIADO		0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS: TOTAL A PAGAR PACIENTE 0
 CERO PESOS MCTE

OBSERVACIONES:

 FIRMA RESPONSABLE

 FIRMA DEL PACIENTE

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 826.000.923-1
 CARRERA 9 No. 11-74
 TEL 7720304
 SOGAMOSO - BOYACA

Historia N° 33447612	Documento N° CC 33447612	FACTURA DE VENTA : 3,068,104
Paciente HURTADO ALARCON ANA JULIA		Fecha 10/08/2020
Edad 70 año(s)	Sexo Fem Carné 100000000000	Hora: 08:50
Administradora COMPARTA	Conv ASISTESS133	NIT 804002105-0
Regimen SIN COPAGO	Autoriz	Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
Cajero CITAS4		Servicio Ambulatorio
Bono N°		

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
Orden N° 840,180,012					0
A02BO00210	Omeprazol 20 mgs CAPSULAS	90.00	100	9,000	0
N02BE0103	Acetaminofen Tabletas 500 mg	30.00	50	1,500	0
TOTAL CARGOS		10,500	VALOR DE RECUPERACION		0
TOTAL ADMINISTRADORA		10,500	VALOR ABONADO		0
DIEZ MIL QUINIENTOS PESOS MCTE			VALOR SUBSIDIADO		0
			VALOR RECARGO		0
			VALOR FINANCIADO		0
TOTAL PACIENTE EN LETRAS: CERO PESOS MCTE			TOTAL A PAGAR PACIENTE		0

OBSERVACIONES:

 FIRMA RESPONSABLE

 FIRMA DEL PACIENTE

Monquera

Paciente: CC 1057600036 ESTEBAN ALEXIS GAITAN FONSE

Usuario: AUX34

Fecha Impresión: 02/09/2020 15:05

Página N

ORDEN DE MEDICAMENTOS

SALUD SOGAMOSO ESE

Nit. 826000923

Dir. CARRERA 9 N° 11-74 - Tel. 7720304

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 31/08/2020 09:59:36a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

31/08/2020 09:59:36a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

1057600036 ESTEBAN ALEXIS GAITAN

FONSECA

Administradora: COMPARTA Convenio:

ASISTESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 1057600036 Orden N°: 1183928

R/.

Código: M020012 **Medicamento:**

Metronidazol 500 mg TABLETAS

Medida: UNIDAD **Concentración:** 500 **Via**

Administración: Vía oral

Cantidad: 20 (VEINTE) **Forma Farmaceutica:**

Tableta **Cantidad Entregada:** _____

Dosis y Frecuencia de Administración: UNA

TABLETA CADA 8 HORAS SOBRE COMIDAS

Periodo Duración Tratamiento:

Código: P012141 **Medicamento:** Pamoato

Pirantel 250 mg Tableta ocapsula

Medida: UNIDAD **Concentración:** 250 **Via**

Administración: Vía oral

Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:**

Tableta **Cantidad Entregada:** _____

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR 3 TABLETAS DOSIS UNICA UNA

HORA DESPUES DEL DESAYUNO NO

TOMAR LACTEOS NI ALCOHOL POR DOS

DIAS

Periodo Duración Tratamiento:

Código: H013021 **Medicamento:** Hioscina N

Butil Bromuro 10 mg grageas

Medida: UNIDAD **Concentración:** 10 **Via**

Administración: Vía oral

Cantidad: 20 (VEINTE) **Forma Farmaceutica:**

Tableta **Cantidad Entregada:** _____

Dosis y Frecuencia de Administración: UNA

TABLETA CADA 8 HORAS SEGUN DOLOR

Periodo Duración Tratamiento:

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMIN

DX Relacionado 1: K297 GASTRITIS, NO ESPECI

DX Relacionado 2: K769 ENFERMEDAD DEL HIG

DX Relacionado 3: B829 PARASITOSIS INTESTIN

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 31/08/2020 09:59:36a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

31/08/2020 09:59:36a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

1057600036 ESTEBAN ALEXIS GAITAN

FONSECA

Administradora: COMPARTA Convenio:

ASISTESS133 Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 1057600036 Orden N°: 1183928

R/.

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas

Ivonne Gisela Martínez O
RM 1809-02

DR. IVONNE GISELA MARTINEZ OSORIO

CC 52379502

Especialidad: A_MONQUIRA

Registro: 4800 02

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 826.000.923-1
CARRERA 9 No. 11-74
TEL 7720304
SOGAMOSO - BOYACA

Manguera

Historia N° 1057600036 Documento N° CC 1057600036 **FACTURA DE VENTA : 3,081,704**
Paciente GAITAN FONSECA ESTEBAN ALEXIS Fecha **31/08/2020**
Edad 24 año(s) Sexo Mas Carné 000 Hora: 10:18
Administradora COMPARTA Conv ASISTESS133NIT 804002105-0
Regimen SIN COPAGO Autoriz Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
Cajero FARMAG **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
Orden N° 845,206,008					
A03BB0102	Hioscina N Butil Bromuro 10 mg grageas	20.00	300	6,000	
P01AM02001	Metronidazol 500 mg TABLETAS	20.00	100	2,000	
P02CC0101	Pamoato Pirantel 250 mg Tableta ocapsula	3.00	400	1,200	

TOTAL CARGOS 9,200
TOTAL ADMINISTRADORA 9,200

VALOR DE RECUPERACION
VALOR ABONADO
VALOR SUBSIDIADO
VALOR RECARGO
VALOR FINANCIADO

NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE

Monquirá

Paciente: CC 9524905 ELISEO AMAYA LOPEZ

Usuario: AUX34

Fecha Impresión: 02/09/2020 15:01

Página N

ORDEN DE MEDICAMENTOS

SALUD SOGAMOSO ESE

Nit. 826000923

Dir. CARRERA 9 N° 11-74 - Tel. 7720304

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 31/08/2020 07:56:05a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

31/08/2020 07:56:05a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

9524905 ELISEO AMAYA LOPEZ

Administradora: NUEVA EPS Convenio:

ASISTNUEVAEPS Tipo de Usuario: SIN

COPAGO

No Historia: 9524905 Orden N°: 1183801

Orden Posfechada

Fecha de la Orden: 30/09/2020 08:04:00a.m.

R/.

Código: C09CL021161 Medicamento:

LOSARTAN TABLETAS 50MG

Medida: UNIDAD Concentración: 50 Via

Administración: Via oral

Cantidad: 60 (SESENTA) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS

Periodo Duración Tratamiento: 3M

Código: A003011 Medicamento: Acido

Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS

Medida: UNIDAD Concentración: 100 Via

Administración: Via oral

Cantidad: 15 (QUINCE) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA DIA

INTERMEDIO

Periodo Duración Tratamiento: UN MES

Código: C08CA037011 Medicamento:

AMLODIPINO 5 MG tableta

Medida: UNIDAD Concentración: 5 MG Via

Administración: Via oral

Cantidad: 30 (TREINTA) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración:

TOMAR UNA TABLETA CADA DIA

Periodo Duración Tratamiento: UN MES

Código: C10AA0501 Medicamento:

ATORVASTATINA TABLETAS DE 40 MG

Medida: UNIDAD Concentración: 40 MG Via

Administración: Via oral

Cantidad: 30 (TREINTA) Forma

Farmacéutica: Tableta Cantidad Entregada:

Dosis y Frecuencia de Administración: UNA

CADA NOCHES

Periodo Duración Tratamiento:

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PI

Registro de Calidad:

Fecha Historia: 31/08/2020 07:56:05a.m.

Lugar y Fecha: SOGAMOSO, BOYACA

31/08/2020 07:56:05a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC

9524905 ELISEO AMAYA LOPEZ

Administradora: NUEVA EPS Convenio:

ASISTNUEVAEPS Tipo de Usuario: SIN

COPAGO

No Historia: 9524905 Orden N°: 1183801

Orden Posfechada

Fecha de la Orden: 30/09/2020 08:04:00a.m.

R/.

DX Relacionado 1: R739 HIPERGLICEMIA, NO ES

DX Relacionado 2: R635 AUMENTO ANORMAL D

DX Relacionado 3: E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas

Ivonne Gisela Martínez O
RM 1809-02

DR. IVONNE GISELA MARTINEZ OSORIO

CC 52379502

Especialidad: A_MONQUIRA

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT 826.000.923-1
 CARRERA 9 No. 11-74
 TEL 7720304
 SOGAMOSO - BOYACA

Marguina

Historia N° 9524905 Documento N° CC 9524905 **FACTURA DE VENTA : 3,081,521**
 Paciente AMAYA LOPEZ ELISEO Fecha **31/08/2020**
 Edad 61 año(s) Sexo Mas Carné Hora: **08:13**
 Administradora NUEVA EPS Conv ASISTNUEVAENIT 900156264-2
 Regimen SIN COPAGO Autoriz Ciudad SOGAMOSO - BOYACA
 Cajero FARMAG **Servicio Ambulatorio**
 Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
C08CA03701	AMLODIPINO 5 MG tableta	90.00	50	4,500	
C09CA0101	LOSARTAN TABLETAS 50MG	180.00	100	18,000	
C10AA0501	ATORVASTATINA TABLETAS DE 40 MG	90.00	100	9,000	
N02BA0101	Acido Acetil Salicilico 100 mg TABLETAS	45.00	50	2,250	

TOTAL CARGOS	33,750	VALOR DE RECUPERACION
TOTAL ADMINISTRADORA	33,750	VALOR ABONADO
		VALOR SUBSIDIADO
TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE		VALOR RECARGO
		VALOR FINANCIADO

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
 CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE

OBSERVACIONES:

 FIRMA RESPONSABLE

 FIRMA DEL PACIENTE

INVENTARIO ALETARIO FARMACIA CENTRO

10 DE AGOSTO DE 2020 INVENTARIO ALETARIO CENTRO

CODIGO	NOMBRE	CNT	FISICO
A001201	Acetaminofén 100mg/ml 10% Gotas FCO X 30M	6.00	6
A001221	Acetaminofen Jarabe 150mg /5ml(3%)	21.00	21
A006611	Aciclovir 3% Ungüento Oftalmico	3.00	3
R003321	Acido Retinoico 0.05%locion o crema	13.00	13
R03BA01	BECLOMETASONA 50MCG NASAL	22.00	22

Handwritten signature and date: 10-08-2020

**10 DE AGOSTO DE 2020 INVENTARIO ALETARIO
INVENTARIO ALETARIO FARMACIA MONQUIRA**

M020012	Metronidazol 500 mg TABLETAS	380.00	380
P012141	Pamoato Pirantel 250 mg Tableta ocapsula	72.00	72
H013021	Hioscina N Butil Bromuro 10 mg grageas	175.00	175
C10AA0501	ATORVASTATINA TABLETAS DE 40 MG	1,500.00	1500

Handwritten signature and date: 10-08-2020
Nohora Elsa Plaza

**27 DE AGOSTO DE 2020 INVENTARIO ALETARIO
INVENTARIO ALETARIO FARMACIA PERIFERICAS**

L016221	Loratadina 5mg/5ml (0.1%) Jarabe	1.00	1
H007321	Hidrocortizona acetato CREMA 1%	6.00	6
C031321	Clotrimazol Crema tópica 1%	3.00	3

Handwritten signature and date: 27-08-2020
Nohora Elsa Plaza

**27 DE AGOSTO DE 2020 INVENTARIO ALETARIO
INVENTARIO ALETARIO FARMACIA MOVIL**

A001011	Acetaminofen Tabletias 500 mg	1,085.00	1085
A025142	Amoxicilina 500 mgs CAPSULAS O TABLETAS	109.00	109
N002141	Naproxeno 250mg tableta o capsula	865.00	865

Handwritten signature and date: 27-08-2020
Jenny Paola Pacheco



FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO

Codigo: GQL-F-006
 Version: 3
 Fecha: 18/06/2019

NOMBRE DEL PROCESO: PROCESO GESTION AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA
 SERVICIO ESTERILIZACION

OBJETIVO ESTRATEGICO

RESPONSABLE: SERVICIO ESTERILIZACION	LIDER: SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	POR QUE	COMO	CRONOGRAMA DE EJECUCION												FECHA SUSCRIPCION: JUNIO DE 2020	INDICADOR			
				MES 7:						MES 8:								DONDE	QUIEN	COSTO
				sem 1	sem 2	sem 3	sem 4	sem 1	sem 2	sem 3	sem 4									
HALLAZGO	Registro de Control de Temperatura y humedad, que corresponde a donde se encuentra almacenado el material. Sin embargo es importante mencionar que el procedimiento de esterilización se encuentra en el primer piso, donde no se observa el instrumento electrónico cuya capacidad consiste en medir la temperatura y su humedad relativa.	El control de temperatura y humedad acorde a lo establecido en el Manual de Buenas practicas de esterilización se debe realizar en el area de almacenamiento de instrumental	Continuar con el Registro de Control de Temperatura y humedad, que corresponde a donde se encuentra almacenado el materia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	LUGAR	PERSONAL DESIGNADO PARA EL SERVICIO DE ESTERILIZACION	COSTO	MEDICION		
Se observa el Formato sin codificación denominado CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DIARIA DE EQUIPOS ESTERILIZACION	Adherencia al Sistema de Gestion de Calidad con el Manual de Proceso y Procedimientos	Ajustar y Remitir los formatos establecidos para el servicio al proceso de calidad para codificación de los mismos	X												Subgerencia Servicios de Salud					
Según observación de personal encargado a la pregunta de los formatos de entrega de persona a persona, refieren no haber realizado últimamente la entrega del inventario mediante formato cuando hay rotación de personal	Se debe realizar el procedimiento de entrega de inventarios al personal designado para el servicio de esterilización	Programar y realizar el proceso de entrega de inventarios al personal responsable del servicio.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Subgerencia Servicios de Salud					
Al ingreso al recinto de esterilización se evidencia humedad,	DISEÑO DE SISTEMA DE EXTRACCION MECANICA EN EL LUGAR, EL CUAL PERMITA LA CIRCULACION DE AIRE PARA ASI MITIGAR	REALIZAR EL DEBIDO PROCESO PARA LA CONTRATACION DEL DISEÑO DE EXTRACCION MECANICA Y SU RESPECTIVA IMPLEMENTACION	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	SERVICIO DE ESTERILIZACION SALUD SOGAMOSO ESE	P.U. GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	2.776.270			

esterilización se evidencia humedad,

falta de aireación, falta de recirculación de aire.

EL ALTO PORCENTAJE DE HUMEDAD Y PREVENIR AFECIONES RESPIRATORIAS Y COMPLICACIONES EN EL PERSONAL

Capacitación a las personas del área de esterilización de los riesgos presentes en el proceso, así como las medidas de control definidas para evitar afectaciones en la salud de los involucrados en el proceso									X	Profesional SISO
Ajustar Mapas de riesgo de Gestión Ambulatoria de Consulta Externa, la cual debe contemplar los riesgos pertinentes al procedimiento de esterilización.									X	Subgerencia Servicios de Salud

- Se observan los Mapas de riesgo de prestación del servicio no contempla los riesgos pertinentes al procedimiento de esterilización.

ELABORÓ	NOMBRE	NUBIA YANETH GUEVARA PINTO	APROBO	NOMBRE	
	CARGO	SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD		CARGO	
	NOMBRE	KAREN CARDENAS	REVISÓ	NOMBRE	
	CARGO	ING BIOMEDICA		CARGO	
	NOMBRE	SANDRA LYNETH PULIDO GOMEZ			
	CARGO	PROFESIONAL SISO			
	NOMBRE	DIANA CAROLINA COY BELLO			
	CARGO	PU RECURSOS FISICOS			