

# SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Sede: C.T.A. CEPA SALUD IPS

Orden Nro. 9052464028

Dirección: CALLE 32A N° 19-35 PISO 1

<b>Paciente</b> RUTH ENILCE ANGEL RIVERA	<b>ID</b> CC 41339907	<b>Edad</b> 79 Años	<b>Tipo Usuario</b> COTIZANTE	<b>Semanas</b> 100	<b>Rango</b> 1
<b>Contrato</b> FOMAG-SERVISALUD QCL OCCIDENTE		<b>Plan</b> OTROS	<b>Sede Afiliado</b> Servisalud QCL Occidente		
<b>Dirección</b> CLL 45 SUR N 72 R 25		<b>Teléfono</b> 7107080 / 3153451263			
<b>Solicitado Por</b> LAURA MILENA FRANCO MAZORRA		<b>Diagnostico</b> C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA			
<b>Expedida a</b> Farmacia Magisterio		<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>		

Codigo	Medicamentos	Dosificacion	# Dosis	Cant. Pres.	Indicaciones	Tarifa
86150	LETROZOL 2.5MG // TABLETA	1 Tableta cada 24 Horas	30	30	una tableta cada día	PACTADA
					TOTAL	PACTADA

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE : \$ 0

Firmado Electronicamente Por

**LAURA MILENA FRANCO MAZORRA**

Registro Medico: 1016041258

NOTAS:

Fecha Ordenamiento: 2024-08-23 20:35:00

Validez de la Orden: 30 Días

Desde: 2024-08-23 - Hasta: 2024-09-22

Estos servicios se deben facturar a: FOMAG-SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Firma del Usuario



# FORMULA MEDICA

Sede: C.T.A. CEPA SALUD IPS

Fecha de Atención-23/08/2024

Paciente: RUTH ENILCE ANGEL RIVERA ID: CC41339907 Sexo: F  
Contrato: FOMAG-SERVISALUD QCL OCCIDENTE Plan: OTROS Semanas: 100  
Tipo de Usuario: COTIZANTE Sede Afiliado: Servisalud QCL Occidente Rango: 1  
Dirección: CLL 45 SUR N 72 R 25 Teléfono: 7107080 / 3153451263  
Solicitada por: LAURA MILENA FRANCO MAZORRA Dx: C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA

Código	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
86150	LETOZOL 2.5MG TABLETA	ORAL	1 Tableta cada 24 Horas	30	30	30	una tableta cada dia

Profesional: LAURA MILENA FRANCO MAZORRA - RM No. 1016041258 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 23/08/2024 - Hora: 20:35 PM -



# SOLICITUD MEDICA OXÍGENO

Sede: C.T.A. CEPA SALUD IPS

Fecha de Atención-23/08/2024

Paciente: RUTH ENILCE ANGEL RIVERA	ID: CC41339907	Sexo: F
Contrato: FOMAG-SERVISALUD QCL OCCIDENTE	Plan: OTROS	Semanas: 100
Tipo de Usuario: COTIZANTE	Sede Afiliado: Servisalud QCL Occidente	Rango: 1
Dirección: CLL 45 SUR N 72 R 25	Teléfono: 7107080 / 3153451263	
Solicitada por: LAURA MILENA FRANCO MAZORRA	Dx: C509 - TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	

Metodo	Flujo L/m	Indicaciones
Canula Nasal	2	OXIGENO CANULA NASAL 2L/MIN 12 HORAS NOCHE

Profesional: LAURA MILENA FRANCO MAZORRA - RM No. 1016041258 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 23/08/2024 - Hora: 20:35 PM -

