


| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|----------|-----------|--------------|---------|-------------------------|----|---|
|  | | TCUIDA S.A.S. NIT: 901399053-1 ORDEN DE PRESTACIÓN SERVICIOS | | | | No. TCU-0220 | | | | |
| FECHA DE EXPEDICION | | 2021 | 7 | 21 | | | | | | |
| | | AÑO | MES | DIA | | | | | | |
| 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | MOISES I ROJAS | | | | | | | | |
| Parentesco con el paciente | | HIJO | | | | | | | | |
| Cedula No.: | | 79.825.052 | | | | | | | | |
| Ciudad de residencia: | | BOGOTÁ | | | | | | | | |
| Dirección de residencia: | | CRA 82A # 6 16 INT 2 908 | | | | | | | | |
| Teléfonos: | | 3165325977 | | | | | | | | |
| Correo Electronico | | mivan.rojas@gmail.com | | | | | | | | |
| JUSTIFICACIÓN: IDENTIFIQUE DE FORMA CLARA Y CORTA LA NECESIDAD DE LA CONTRATACIÓN. REFERENCIE NORMAS O ESTUDIOS QUE CONSIDERE PERTINENTES. | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE: | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | MOISES ROJAS OLAVE | | SEXO | MASCULIMO | EDAD | 70 | | | |
| Cédula : | | 19171552 | | | | | | | | |
| Dirección donde se brindará el servicio: | | CLINICA SANTA ANA / Dg. 2b #82-30 Náguará de las américas T 7 226 | | | | | BARRIO: | Náguará de las américas | | |
| Dirección de residencia: | | Dg. 2b #82-30 Náguará de las américas T 7 226 | | | | | BARRIO: | Náguará de las américas | | |
| Punto de referencia para llegar al servicio: | | | | | | | | | | |
| Estación de trasmilenio(Bogotá) ó metro (Medellín) | | sin estación de servicio | | | | | | | | |
| Teléfono fijo ó Celular: | | 3114548676 - 3167429817 - 3165325977 | | | | | | | | |
| Antecedentes Clínicos: | | Neumonía y arritmia cardiaca | | | | | | | | |
| ¿El servicio es en? Marque con una "X" | | DOMICILIO | | HOSPITAL | | CLINICA | x | | | |
| Motivo de Hospitalización | | Problemas respiratorios | | | | | | | | |
| Alergias a medicamentos o comidas | | NA | | | | | | | | |
| ¿Como es la movilidad física? Marque con X 1de las 3 opciones | | COMPLETA | | LIMITADA | x | NULA | | | | |
| ¿Usa pañal? | | | | | | | SI | | NO | x |
| ¿Protesis dental? | | | | | | | SI | | NO | x |
| ¿Marca Pasos? | | | | | | | SI | | NO | x |
| ¿Audifonos? | | | | | | | SI | | NO | x |
| | | | | | | | SI | | NO | x |
| 2. SOLICITUD DE ACTIVIDADES PRINCIPALES Y RECOMENDACIONES DEL FAMILIAR: | | | | | | | | | | |
| ciudadanos personalizados en la clínica/hogar e informes periódicos a la familia | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| PERSONAL SOLICITADO seleccione con una "X": | |
|--|---|
| Aux. de Enfermería | X |
| Cuidadora | |
| Inyectología | |
| Servicio Especial | |

| | | |
|--------------------|----------------|---|
| | Pagina Web | |
| MEDIO DE CONTACTO: | Redes Sociales | |
| | Recomendación | X |

| | | |
|-------------------------|----------|---|
| | 8 horas | X |
| Servicio de: (Marque X) | 12 horas | |
| | 24 horas | |

| | |
|---------------------|-----------|
| Fecha Inicio: | 23/7/2021 |
| Fecha finalización: | 30/7/2021 |

| TURNOS/costos | | |
|-----------------|--|----------|
| LUNES-SABADO | | \$65.000 |
| DOMINGO-FESTIVO | | \$75.000 |
| | | |
| | | |
| I.V.A. | | 0,00 |
| TOTAL (\$): | | 0,00 |

FIRMA
ORDENADOR DEL GASTO

Nombre:

Cédula:



FIRMA
CONTRATISTA:

