
 <b>GOBIERNO DE COLOMBIA</b>		 <b>MINSALUD</b>		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-12-10 13:35:00	
						<b>Nro. Prescripción</b> 20181210191009477245	
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>							
Departamento: CÚNDINAMARCA			Municipio: FACATATIVÁ			Código Habilitación: 252690215801	
Documento de Identificación: 900259421				Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S			
Dirección: VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL				Teléfono: 7433693			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>							
Documento de Identificación: CC51639513		Primer Apellido: FLORIAN		Segundo Apellido:		Primer Nombre: MARIA	
Segundo Nombre: CLÉMENTINA		Número Historia Clínica: 51639513		Diagnóstico Principal: F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	
		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN					
<b>PRODUCTOS DE SOPORTE NUTRICIONAL</b>							
Tipo prestación	Producto de Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones
SUCESIVA	DENSIDAD CALÓRICA - 1 A 2 KCAL/ML-ENSURE PLUS HN LIQUIDO 237 ML / BOTELLA	237 MILILITRO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR 237 ML VO CADA 24 EN LA NOCHE
							30 / TREINTA / BOTELLA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>							
Documento de Identificación: CC1102819542				Nombre: JAIRO ANDRES GARAY MANRIQUE			
Registro Profesional: 1102819542				Firma			
Especialidad:							
				CodVer: BB14-69B8-480B-64F2-68BE-8486-DEF7-B060			

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.