

## INFORMACION PROYECTO


**LA FUNDACIÓN MÉDICOS DE CORAZÓN**, Es una entidad sin ánimo de lucro, la cual fue creada mediante ACTA, de fecha 23 de abril del 2015 de Cali, inscrita en la cámara de comercio el 19 de mayo del 2015 con el número 1120 del libro I, se constituyó **FUNDACIÓN MÉDICOS DE CORAZÓN – SIGLAS: FUMDECOR**, Registrada bajo el NIT. 900853053-5.


### **Objeto social fundación médicos de corazón:**

La fundación médicos de corazón tiene el propósito de gestionar programas y servicios innovadores que contribuyan al bienestar de la comunidad en cada una de las etapas de la vida, promocionando la salud basados en la investigación, la integración, la responsabilidad, el uso de la tecnología y la ética profesional.

### **PROYECTOS 2023:**

Se realizó el proyecto “Comunidad Virtual”, el cual consiste en el registro en la página de cada uno de los pacientes con su identificación e historia clínica además de todos los detalles del diagnóstico como seguimiento a su tratamiento, Este soporte tecnológico se empezó a ejecutar con el grupo de administración quienes recibieron capacitación por el desarrollador de este programa, posteriormente con el avance de la información hemos logrado que tanto los profesionales de la salud anexos a nuestra fundación administren, actualicen y socialicen en conjunto con los pacientes este adelanto tecnológico que presenta imágenes y datos comparativos de muy fácil entendimiento, que nos permite obtener una realidad frente a nuestra comunidad de los trastornos de la coagulación en el valle del cauca.





**FUNDACIÓN**  
MÉDICOS DE CORAZÓN  
¡Bienvenido(a)!

---

Actualización de Datos

Ingrese su Documento...

Fecha de Nacimiento:

dd/mm/aaaa

[Registrarse!](#)

Registro de Usuarios

PRIMER NOMBRE:*	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:*	SEGUNDO APELLIDO:
Seleccione Tipo Documento: <input type="text"/>	DOCUMENTO:*	Fecha Nacimiento:*	dd/mm/aaaa <input type="text"/>
DIRECCIÓN:*		BARRIO:*	Seleccione la ciudad: <input type="text"/>
Teléfono Fijo: <input type="text"/>	Celular 1:*	Celular 2: <input type="text"/>	correo electrónico:*
Seleccione su Patología:*			

He leído las [Políticas de Privacidad](#) y acepto sus condiciones de uso.  
 He leído los [Términos](#) y acepto sus condiciones de uso.  
 Declaro que la información suministrada en este formulario es 100% veraz y que soy paciente con diagnóstico confirmado de trastorno de la coagulación.

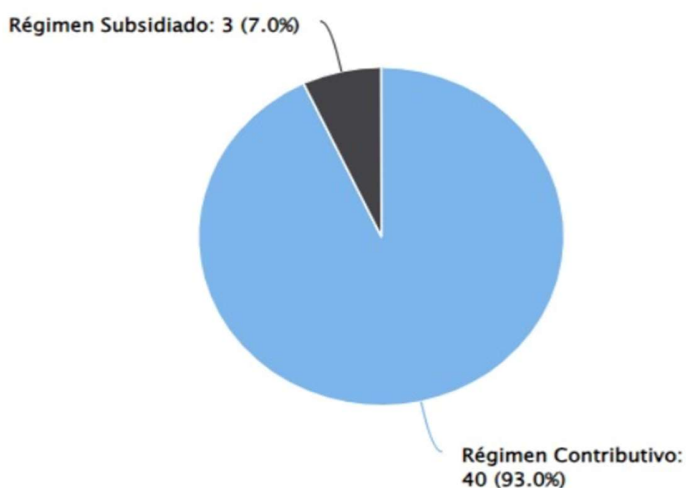
## Distribución de la población según su género

Total pacientes: 43



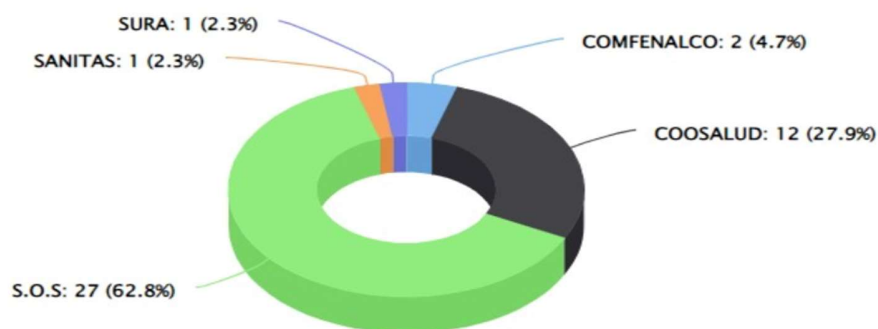
## Distribución de la población según su Régimen de Afiliación

Total pacientes: 43



### Distribución de la población según su EPS

Total pacientes: 43



Atentamente



**SAULO GARCIA ORTIZ**

**CC. 16.941.526**

**REPRESENTANTE LEGAL – PRESIDENTE**

Correo: [Gerencia@fumdecor.com](mailto:Gerencia@fumdecor.com)

**CARRERA 85A # 28 - 21 B/ EL CANEY CEL: 314 752 3922**

[www.fumdecor.com](http://www.fumdecor.com)

Marcamos la Diferencia