



FORMULACIÓN

MEDICAMENTOS
IPS

4651825

07/12/2011
FECHA DE ELABORACIÓN

NOMBRE IPS _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

pedro gustavo guila
NOMBRE(S) COMPLETO(S) _____ EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO _____
 T.I. C.C. C.E. 17011040 No. DEL DOCUMENTO _____ EDAD _____ ESTRATO _____ PLAN DE SALUD _____

NOMBRE DE LA EMPRESA COTIZANTE _____ NOMBRE(S) COMPLETO(S) DEL COTIZANTE _____

CÓDIGO	NOMBRE GENÉRICO	PRESENT.	CANTIDAD (EN NÚMEROS)	CANTIDAD (EN LETRAS)	VALOR (UNITARIO)	VALOR TOTAL
	SS 02 suplemento y 2 litro x mar Cada 1 bot cada x 3 meses EPD					

CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD
DR. FRANCISCO ANDRÉS CHARCAS MORENO
Med. General - C.C. 93406198

VALOR TOTAL FÓRMULA \$ _____

VALOR CUOTA MODERADORA \$ _____

CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD
DR. FRANCISCO ANDRÉS CHARCAS MORENO
Med. General - C.C. 93406198
NOMBRE DEL MÉDICO _____ REG. MÉDICO _____ LOCALIDAD _____

RECIBÍ A CONFORMIDAD _____ FIRMA DEL USUARIO _____ No. DE CÉDULA _____

APROBADO: Subdirector de Salud VERSIÓN: 4

ORIGINAL: Droguería COPIA: Paciente

07-02-2019 F: 3036

Esta fórmula tiene validez por "72 HORAS" a partir de su expedición, pasado este tiempo el valor de los medicamentos será cancelado en su totalidad por el paciente. Cualquier enmendadura que presente, la anula. Para efectos de cobro, favor colocar sello de entregado.

7/12/22, 09:21

PANA | Main view

PACIENTE QUIEN ASISTE EN COMPAÑIA DE SU CONYUGE CARMEN CIFUENTES DE AGUILAR CELULAR 3012778220 CEDULA 41463611 PACIENTE QUIEN SE VALORA CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL MASCARILLA QUIRÚRGICA MONOGAFAS CARETA LAVADO DE MANOS EN LOS 5 MOMENTOS, MANIFIESTA 4 DOSIS DE VACUNA CONTRA COVID19
PACIENTE QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA POR QUE MANIFIESTA QUE PADECE DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA OXIGENO REQUIERENTE CON ULTIMA EXACERBACION HACE 3 AÑOS QUE REQUIRIRIO MANEJO INTRAHOSPITALARIO , MANIFIESTA QUE SOLO REQUIERE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO NO UTILIZA MEDICAMENTOS , ANTECEDENTE DE EXTABAQUIMOS PESADO 3 PAQUETES AÑO DURANTE 21 AÑOS
ADEMAS TAMBIEN PADECE DE OSTIUM SECUNDUM CON REPERCUSION HEMODINAMICA, EN MANEJO CON HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG DIA, ACETAMINOFEN 500 MG, CARVEDILOL 25mg CADA 12 HORAS, ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, RIVAROXABAN 20 MG DIA, TRAZODONA 50 MG NOCHE,PERSISTE CON INSOMNIO, MANIFIESTA HACE 1 MES FUE VALORADO POR CARDIOLOGIA EN FUSAGAFUGA SISTEMA NO PERMITE REALIZAR ORDEN DE 02 SUPLEMENTARIO SE HACE ORDEN MANUAL





Bogotá, D.C., 15 de diciembre de 2022

Señor (a):
PEDRO AGUILAR (CC: 17011040)
Carrera 2 A # 9 ESTE - 58
FUSAGASUGA
CUNDINAMARCA
pedroaguilar3910@gmail.com

ASUNTO: TRASLADO EQUIPOS ZONA SIN COBERTURA

Respetado señor (a):

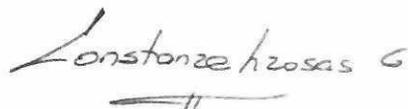
Según novedad registrada en nuestro sistema, se encontró que los equipos entregados al paciente PEDRO AGUILAR (CC: 17011040) fueron trasladados a la ciudad de (MELGAR – TOLIMA), este traslado no fue autorizado por parte de Oxipro S.A.S. Adicionalmente al verificar el sitio en donde está ubicado, no se tiene cobertura para la prestación del servicio, por lo cual se está poniendo en riesgo la seguridad del paciente ya que no es posible atender ningún servicio o urgencia mientras los equipos estén fuera de zona de cobertura.

En cuanto al traslado no autorizado de equipos, usted está incumpliendo al contrato de comodato firmado entre las partes referente a cláusula de Traslado de equipos en la cual se establece: "Traslado de equipos: El(los) equipo(s) no podrá(n) ser trasladado(s) por EL COMODATARIO, ni por terceros a un lugar diferente al relacionado como UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS. Cualquier movilización solo podrá ser autorizada por EL COMODANTE previamente, de lo contrario se tomaría esta acción como una apropiación del(los) equipo(s) con las consecuencias penales previstas en el art. 249 del Código Penal Colombiano, que sanciona el delito de ABUSO DE CONFIANZA con penas de MULTA y PRISIÓN.", por otro lado es importante tener en cuenta que en caso de pérdida, destrucción parcial, destrucción total o hurto del(los) equipos(s), el valor del(los) mismo(s) será asumido en su totalidad por el COMODATARIO (paciente) a favor del COMODANTE.

Por lo anterior, debe acercarse a su Entidad Promotora de Salud para que le asigne un proveedor que tenga cobertura en el sitio donde actualmente reside y realizar a Oxipro S.A.S la devolución de los equipos asignados. Para la programación de la recogida de los equipos de debe comunicarse al número (601)4321138 en Bogotá o a través de nuestras líneas de atención en (601) 432 0520, (601) 756 3771 en Bogotá o (606) 340 2658 en el Eje Cafetero. Canal de WhatsApp Nacional 3134016277.

Agradecemos la atención brindada.

Cordial saludo,



CONSTANZA E. ROSAS GONZÁLEZ
Directora Comercial y Atención al Usuario

