

|  |  |  |                    |
|--|--|--|--------------------|
| OXIPRO SAS<br>NT: 900481014  | 26-07-2019<br>09:23 AM                       | OXIPRO OV 110402-v1  |                    |
| <b>ORDEN DE VISITA</b>   |  | Exitosa  |                    |
| LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA:4320520<br>EJE CAFETERO 3302770 - 3401511 - 314 7912353  |  |  |                    |
| <b>INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN</b>   |  |  |                    |
| Paciente: ANA DIAZ (CC: 21161657)  | Consumo: 2,0/18 horas                        | Entidad: NUEVA EPS   |                    |
| Teléfono: 3115179849 (Movil)   | Parentesco: HIJO                             | Teléfono: 3142647830   |                    |
| Solicitante: JAIME ENRIQUE MOLINA  |  |  |                    |
| <b>ORDENES DE SERVICIO</b>   |  |  |                    |
| -ENTREGA PORTATIL CITA MEDICA 3 DIAS - En Sede (130269708) - Exitosa   |  |  |                    |
| <b>MOVIMIENTO DE EQUIPOS</b>   |  |  |                    |
| Códigos Equipos Entregados   |  | Códigos Equipos Recogidos  |                    |
| CILINDRO PORTATIL 1M (S/N: AS2088158)  |  |  |                    |
| REGULADOR 870 PEDIATRICO (S/N: 180600623)  |  |  |                    |
| CARRITO PORTATIL 1M (S/N: CP3449)  |  |  |                    |
| <b>REVISIÓN TÉCNICA</b>  |  |  |                    |
| Presión:   | Con O2: %                                    | Filtro de Aire:  | Hora Concentrador: |
| <b>DOCUMENTACIÓN ASOCIADA</b>  |  |  |                    |
| AUTORIZACIÓN HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. NIT 900.481.014-0, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.oxiprosas.com. Por lo anterior, declaro conocer que la firma digitalizada será de uso exclusivo para dar validez al presente documento. *Cualquier inquietud consultar la página web www.oxiprosas.com, o escribirnos al correo protecciondedatos@oxiprosas.com. - Mediante la presente dejo constancia de que los valores contenidos en el presente recibo corresponden a la realidad, que los he verificado y he recibido el cambio correspondiente, eximiendo a OXIPRO S.A.S. de cualquier tipo de responsabilidad.  |  |  |                    |
| <b>OBSERVACIONES DE LAS ORDENES DE SERVICIO</b>  |  |  |                    |
| <b>ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE</b>   |  |  |                    |
| "Estimado usuario, por favor verifique que el funcionario encargado de la prestación del servicio transcriba al pie de la letra sus calificaciones y comentarios"  |  |  |                    |
| CONSUMIBLES RECIBIDOS  |  |  |                    |
| CALIDAD DEL SERVICIO   |  |  |                    |
| PAGOS EN EFECTIVO  | \$0  |  |                    |
| PAGOS POR CONSIGNACION (sujeto a auditoria)  | \$0  |  |                    |
| OBSERVACIONES DE LA VISITA   |  |  |                    |
| Operador de servicio: Paola Buitrago   | Documento: CC: 1070017288                    |  |                    |
| <b>INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO</b>  |  |  |                    |
| Nombre: JAIME ENRIQUE MOLINA   | Documento: 80539612                          | Parentesco: HIJO   |                    |
| Teléfono: 3142647830   |  |  |                    |
| Firma de quien atiende el servicio<br>JAIME ENRIQUE MOLINA<br>Firma en documentos físicos  | Firma operador de servicio<br>PAOLA BUITRAGO |  |                    |
|   |  |  |                    |
| <input type="checkbox"/> Paciente o responsable se niega a firmar  |  |  |                    |
| <b>SEDE DE ATENCIÓN AL USUARIO</b>   |  |  |                    |
| CUNDINAMARCA • Sede de atención al usuario Bogotá: Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702, atención de lunes a viernes 8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 1:30 pm. • Sede de atención al usuario Zipaquirá: Calle 8 No. 16-67, atención de lunes a viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 12:00 m. • Sede de atención al usuario Fusagasugá: Cra 11 20-05, atención de lunes a viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 12:00 m. EJE CAFETERO • Sede de atención al usuario Dosquebradas: Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea Manzana 4 Bodega 4, atención de lunes a viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 6:00 pm, sábados 8:00 am a 1:00 pm. • Sede de atención al usuario Manizales: Carrera 21 No. 23-21 Edificio Tamanaco Piso 1, atención de lunes a viernes 8:00 am a 3:30 pm y sábados 9:00 am a 11:30 am. • Sede de atención al usuario Armenia: Calle 7 No. 21-48 Edificio Torres de Granada Local 5, atención de lunes a viernes 8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm; sábados 8:00 am a 12:00 m. Recuerde debe programar los servicios mínimo con 72 horas de anticipación |  |  |                    |
| <b>COBRO POR DAÑOS O PÉRDIDAS</b>  |  |  |                    |
| En caso de daño o pérdida de los elementos que hacen parte de los equipos médicos que usted ha recibido por parte de nuestra compañía, deberá cancelar el monto indicado a continuación por unidad: Filtro Externo Central 5.000, Filtro Externo Lateral 5.000, Base Concentrador 80.000, Rueda 20.000, Soporte Filtro Central 15.000, Soporte Filtro Lateral 15.000, Manija 50.000, Flujo metro 80.000, Switch de Encendido 15.000, Botón de Reset 10.000, Carcasa Concentrador 150.000, Cable de Poder 20.000, Adaptador a Humificador 15.000, Panel Frontal 80.000, Tapa de Filtro Interno 20.000, Adaptador Salida Humificador 20.000, Carrito Portátil 20.000, Regulador 870 80.000, Regulador 540 80.000 y Otros.  |  |  |                    |