



RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14380

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Dolly Torres 24917456	04/08/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		41500
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
	TOTAL	41500

OBSERVACIONES
Cancelen Cargos Pendientes

Entrega: Pablo Narango

Nombre: [Firma]
Cédula: 4351478 Firma

Recibe: J. Andres Agudelo

Nombre: [Firma]
Cédula: 6119281 Firma



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14381

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Dolly Torre C. 24917496	04/08/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)	1	30.000
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	30.000

Recarga Adicional

Entrega: Nombre: Pablo Naranjo	
Cédula: 4351.478	Firma
Recibe: Nombre: Andres Agudelo P.	Firma
Cédula: 6119281	Firma

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Dolly Torres**
Entidad: **N. EPS**
Solicitante: **Pablo Narango**

Documento: **24917456**
Teléfono: **3104497855**
Parentesco: **Hijo**

Dirección: **Granja San Isidro - Ajica**
Consumo: **2LJ/24H**
Autorización: **[Firma]**
Teléfono: **[Firma]**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130404473**
Tipo de Servicio: **Entrega Desechables**
Observación: **130403228 Mant. Preventivo**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: **[]** Flujo: **[]** Concentración: **[]** Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/traidor: **110323** Código: **[]**

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	NY-2935	H: 9998		CONCENTRADOR	7F502018070000099		
C. RESPALDO	D712041			C. RESPALDO	D696046		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI NO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte: **[]** Recibo Manual: **[]** Recibo CRM: **[]** Valor de Daños \$: **[]** Valor Pagado \$: **[]**

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Equipo para Manten. se recogen equipos en buenas condiciones. Se entregan desechables, concentrador y cilindro lleno a 2009psi. Todos en buenas condiciones. Cancelan copagos y Recargo Adicional.**

Funcionario Entrega: **Andrés Agudelo** Documento: **[Firma]**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> SI CÁNULA <input type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$41500</td> <td>\$ -</td> <td>\$30.000</td> <td>\$71.500</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$41500	\$ -	\$30.000	\$71.500	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Excelente.
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$41500	\$ -	\$30.000	\$71.500						

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 Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Pablo Narango**
Documento: **4351478**
Teléfono: **3104497855**
Dirección Actual: **Granja San Isidro, Ajica - Ris.**

Parentesco: **Hijo**
Cel: **318 3585874**

Firma: **[Firma]**
Huella: **[Huella]**

• Papelería Manuel pa baja señal.