



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14378

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Angelina Rios 24358698	24/07/2017

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		7000
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		
OBSERVACIONES	TOTAL	7000

Cancela copagos pendientes.

Entrega: Nombre: Angelina Rios	Angelina Rios
Cédula: 24358698	Firma
Recibe: Nombre: Andres Agudelo p	Firma
Cédula: 6119281	Firma



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14379

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Angelina Rios. 24358698	24/07/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		
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) Central	1	5.000
Otro Base y rejilla Central		95.000
OBSERVACIONES	TOTAL	100.000

cancela dones de Base, rejilla y filtro

Entrega: Nombre: Angelina Rios	Angelina Rios
Cédula: 24358698	Firma
Recibe: Nombre: Andres Acosta	Firma
Cédula: 6119284	Firma

Nº
OX-OV 020407

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Angelina Rios	Documento	24358698	Dirección	Vda El Congo Alto Bando 24072
Entidad	Medimos	Teléfono	3136459178	Consumo	
Solicitante	El paciente	Parentesco		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130401872 130401998	Tipo de Servicio	Servicio tecnico Manten. tecnico	Observación	Se hace popeleria Manual por bata señal.
------------	------------------------	------------------	-------------------------------------	-------------	---

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	-----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR	NN-4849B	H. 12939	CONCENTRADOR	NN-2319B	
C. RESPALDO			C. RESPALDO		
REGULADOR 540			REGULADOR 540		
C. PORTATIL			C. PORTATIL		
REGULADOR 870			REGULADOR 870		
CARRITO P.			CARRITO P.		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$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	1	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	1	Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte	16955	Recibo Manual	14379	Recibo CRM	216643	Valor de Daños \$	100.000	Valor Pagado	\$100.000
--------------	-------	---------------	-------	------------	--------	-------------------	---------	--------------	-----------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).
Se recoge equipo con interfactor malo base tar cada filtro central y retilla central donada, paciente cancela donación y deposita pendientes, se entrega equipo en buenas condiciones.
Funcionario Entregó: Andres Agudelo p. Documento: 6119281
Hora Servicio: 10:09

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
(Escribir el Motivo)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
HUMIDIFICADOR NO
CÁNULA NO
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 7.000	\$ 100.000	\$ -	\$ 107.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO
Excelente

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 protecciondedatos@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 autorizado 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	Angelina Rios	Firma		Huella	
Documento	24358698	Parentesco	El paciente.		
Teléfono	3136459178	Cel:	3122437630		
Dirección Actual	Vda El Congo finca Alto Bando filandia				