



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

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
Entrega en Cagagay pendiente

Entrega: Pablo Narango

Nombre: Pablo Narango
Cédula: 4351478
Firma

Recibe: J. Andres Agudelo

Nombre: J. Andres Agudelo
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: Pedro Naranjo	
Cédula: 4351.478	Firma
Recibe: Nombre: Andres Agudelo P.	Firma
Cédula: 6119281	Firma

Paciente: Dolly Torres	INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN		
Entidad: N. EPS	Documento: 24917456	Dirección: Granja San Isidro - Apiza	Fecha: 04/08/21
Solicitante: Pablo Narango	Teléfono: 3104497855	Consumo: 2LJ/24H	Autorización: [initials]
	Parentesco: Hijo	Teléfono: [blank]	

ORDEN DE SERVICIO	
Nro. Orden: 130404473 130404355	Observación: Entrega Desechables Recarga De Resp. no justif. 130403228 Mant. Preventivo

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador: 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
Filtro Externo Central	\$5.000		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		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 desechable, concentrador y cilindro lleno a 2009psi todos en buenas condiciones cancelan copagos y recarga Adicional. Andrés Agudelo				
Funcionario Entrega:	Documento:			11:30

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> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </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. EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
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 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: Pablo Narango	Parentesco: Hijo	Firma: [Signature]
Documento: 4351478	Cel: 318 3585874	Huella: [Blank]
Teléfono: 3104497855	Dirección Actual: Granja San Isidro, Apiza - His.	

• Papelería Manuel pa baja señal.