



RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14370

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Maria de los Angeles Perez	04/01/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		6900
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	6900

Cancelar copagos hasta enero 2021

Entrega: Nombre: Javier Quintero	Firma
Cédula: 10 072 265	
Recibe: Nombre: Andres Figuetto	Firma
Cédula: 61192810	

hace Papeleria Manual, ya que el servicio se realizo cuando se habia entregado.
La planilla.



Nº
OX-OV **018787**

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

Código: GCL-SED-FR-03
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

Paciente: **María De las Angeles Peréz**
Entidad: **Medimas U**
Solicitante: **Javier Quintero**
Dirección: **Vda Huertas fmc. 21 de mayo 121**
Teléfono: **316256288**
Consumo: **2L 18H**
Parentesco: **Hijo**
Teléfono: **—**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130359787**
Tipo de Servicio: **Manten concent. tecnico.**
Observación: **Recarga de cilindro sin heg.**
Nro. Orden: **130359789**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Con/traidor: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	715E	2018110000086	CONCENTRADOR	N/A	41000		
C. RESPALDO	D713094	H7569	C. RESPALDO	JP1517	29074		
REGULADOR 540			REGULADOR 540				
C. PORTATIL			C. PORTATIL				
REGULADOR 870			REGULADOR 870				
CARRITO P.			CARRITO P.				

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

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	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000	

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Alarma E1, se recarga equipo en buen estado se entrega equipo en buenas condiciones cancelar cobros hasta enero 2021**
Funcionario Entrega: **Andres Aguado** Documento: **619281**
Hora Servicio: **18:45**

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

ME PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
Cuenta Moderadora: **6900**
Daño Equipo: \$ **—**
Otros Pagos: \$ **—**
Total: **\$6900**

CALIDAD DEL SERVICIO

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

NOTIFICACIÓN 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, Campaña y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, 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 procesos. 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: **Javier Quintero** Parentesco: **Hijo**
Documento: **10.022.265** Cel: **3108327292**
Teléfono: **316.256288**
Dirección Actual: **Vda Huertas fmc. 21 de mayo**
Via Pereira - Armenia
Correo: **quinterito50@yahoo.es**