

hh/ 267267 /hexa.



Nº OX-OV 019893

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

Código: 000-002-19-02 Fecha: Agosto 04 de 2017

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: HERRERA Antonio Fuentes Documento: 134355 Dirección: BARRIO BERDUN Fecha: 2016 # 9-06 Entidad: NEPS Teléfono: 3122830641 Consumo: 3 Litros Abogado: 20621 Solicitante: Isabel Fuentes Parentesco: HIJA Teléfono: 3122830641

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130394317, 130394583 Tipo de Servicio: servicio tecnico Observación: Equipo se prende la alarma E S a los 5 minutos.

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Table with columns for equipment codes and status: CONCENTRADOR, C. RESPALDO, REGULADOR 540, C. PORTATIL, REGULADOR 870, CARRITO P.

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR [X] NO C. RESPALDO [ ] SI [ ] NO C. PORTATIL [ ] SI [ ] NO REGULADOR 540 [ ] SI [ ] NO REGULADOR 870 [ ] SI [ ] NO CARRITO [ ] SI [ ] NO

REPORTE DE DAÑOS

Table with 4 columns for damage reports: Daño/Perdida, V/unit, Cant, and a blank column for description.

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

Observaciones de la Visita: se cambia el equipo ya que el que tiene presenta alarma E S a los 5 minutos. se recogen y se entrega equipos en buenas condiciones. Funcionario Entrega: Leonardo Velazquez Documento: 18516284. Hora Servicio: 12:20 PM.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) FALLECIMIENTO Voluntaria ORDEN MEDICA Cambio de Proveedor. AFILIACION Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

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

PAGOS

Table for payments: HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$10.500 Daño Equipo \$ Otros Pagos \$ Total \$

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@oxipro.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Isabel Fuentes Documento: 30400105 Parentesco: HIJA Teléfono: 3122830641 Cel: Dirección Actual: BARRIO BERDUN @K 16 # 9-06 Firma: Huella





OXÍGENOS MEDICINALES  
NIT. 900.481.014-0

RECIBO  
DE PAGO

OX-OP

14472

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
MARCO ANTONIO FUENTES	20-06-21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora	3 meses	\$ 10.500
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	\$ 10.500

penala los meses Abril-mayo y junio

Entrega: Nombre: ISABEL FUENTES	
Cédula: 30400105	Firma
Recibe: Nombre: LEONARDO VELASQUEZ	
Cédula: 18516784	Firma