



RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14373

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente

Fecha

Maria Perez 25035333

12/05/21

Concepto

Cantidad

Valor

42000

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)

Otro

TOTAL

42000

OBSERVACIONES

Conceta copagos. Pendientes Maria Perez

Entrega:

Nombre:

Maria Perez

Cédula:

25.035.333

Firma

Recibe:

Nombre:

J. Andres Agudelo

Cédula:

6119284

Firma

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Maria Perez.** Documento: **25.035.333** Dirección: **Vda Barro Blanco Quinchia** Fecha: **12/08/17**
 Entidad: **N. EPS** Teléfono: **3217905185** Consumo: _____ Autorización: _____
 Solicitante: **El paciente** Parentesco: _____ Teléfono: _____

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130383596** Tipo de Servicio: **SERVICIO TECNICO** Observación: _____
130385298 **Manten. tecnico.**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: **5.4** Flujo: **2L** Concentración: **67.2** Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/Trador: **1008Z** Código: **NN-23328**

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR			H-906	CONCENTRADOR			NN-23328
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 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	Daño/Perdida	V/unit	Cant
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): **Se entrega equipo en buenas condiciones. Alarma E1 se recoge equipo en buen estado, cancela copagos pendiente. Se hace apte. Manual por baja señal. Se hizo ajuste de oxígeno, pl.**

Funcionario Entrega: _____ Documento: **6119281** Hora Servicio: **11:50**

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"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora: \$ 42.000 Daño Equipo: \$ _____ Otros Pagos: \$ _____ Total: \$ 42.000	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 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: **Maria Perez.** Firma: _____ Huella: _____
 Documento: **25035333** Parentesco: **El paciente**
 Teléfono: **3217905185** Cel: **3216219340**
 Dirección Actual: **finca El Jazmin, vda Barro Blanco Quinchia,** **Maria Perez 25035333**