



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14374

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Maria Calvo 25033416	12/05/21

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)		
Otro		
	TOTAL	60.000

OBSERVACIONES

Abonar 60 mil al saldo.

Entrega:	Maria Calvo	Firma
Nombre:		
Cédula:	25033416	Firma
Recibe:	Andrés Agudelo P	Firma
Nombre:		
Cédula:	6119281	Firma

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **María Calvo** Documento: **25033416** Dirección: **Vda el Pensil Pta. La María** Fecha: **12/08/17**
Entidad: **N. EPS.** Teléfono: **3145959685** Consumo: Autorización: **—**
Solicitante: **El paciente.** Parentesco: **—** Teléfono: **—**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130385029** Tipo de Servicio: **Monten. preventivo** Observación: **entrega de desechables**
130385028 Recarga lote por vender

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	7F	5AB	20200	20000	109	W11177	CONCENTRADOR	NU-9308
C. RESPALDO	JP	151729	052				C. RESPALDO	JP 151729 097
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/traidor	\$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 cilindro lleno a 2000 PSI, todos en buenas condiciones se recoge concentrador cilindro, todos en buen estado. (cargaban copogas pendientes), se entregan Isumas en excelente estado. J. Andres Aguado P. Documento: 6119261.**

Funcionario Entrega: **J. Andres Aguado P.**

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 VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria.
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR **SI 090912**
CÁNULA **SI 020390**
TRAMPA DE AGUA **NO**

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$60.000	\$ —	\$ —	\$60000

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 Control, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxiproas.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: **María Calvo** Firma: **Elbena Calvo**
Documento: **25033416** Parentesco: **el paciente** Huella:
Teléfono: **3145959685** Cel: **316325124**
Dirección Actual: **Vda Pensil, Pta. La María - Quinchía**

• Abonan 60 mil al saldo.