



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14388

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Hijo De Largo. 1.060.599.160	13/10/21

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		10.500

OBSERVACIONES

Cancelar copagos pendientes

Entrega: Anacleto Largo	Anacleto Largo
Nombre:	
Cédula: 1.067.651.785	Firma
Recibe: J. Andres Agudelo P	[Firma]
Nombre:	
Cédula: 6119281	Firma

Nº
OX-OV 020420

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

Código: GCL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

Paciente	Hijo de Largo	Documento	11007651785	Dirección	Vda San Juan de los Chorrros 131021
Entidad	Nº EPS.	Teléfono	3115713502	Consumo	118 - 24H
Solicitante	Angela Largo	Parentesco	Madre	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130419494** Tipo de Servicio: **Recogida Total** Observación:

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				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	194535053	-	192712159
REGULADOR 540				REGULADOR 540	M1400027	-	M1400048
C. PORTATIL				C. PORTATIL	206317008		
REGULADOR 870				REGULADOR 870	121030181T		
CARRITO P.				CARRITO P.	CP3085		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI NO

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 recogen equipos en buenas condiciones - cancelan cobros pendientes. Se hace Papeleria Manual por falta señal. Andrea Aguado P.

Funcionario Entrega: Documento: **6119281** Hora Servicio: **15:55**

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.

entrega Voluntaria

HUMIDIFICADOR

CÁNULA

TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 10500	\$ -	\$ -	\$ 10.500

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 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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: **Angela Largo**
Documento: **1007651785** Parentesco: **Madre**
Teléfono: **3127831082**
Dirección Actual: **Vda San Juan de los Chorrros**
Piso socio

Firma: **Angela A Largo Guevara**
Huella: **1007651785**