

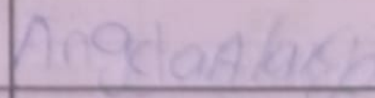
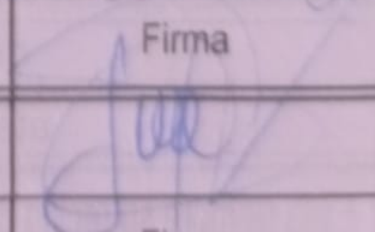
Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Angela Largo cc. 1007651785	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)	2	10.000
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	<b>TOTAL</b>	10.000

filtros cancelados

Entrega: Angela Largo	Firma 
Nombre:	
Cédula: 1.007651785	Firma
Recibe: Andres Agudelo P	Firma 
Nombre:	
Cédula: 61192810	Firma



Paciente	Angela Largo.	INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN	
Entidad	J.N. 0056	Documento	1007651785
Solicitante	El paciente.	Teléfono	3115715502
		Dirección	Vda San Juan De las Chorras 13, 15021
		Consumo	21/10H
		Parentesco	
		Teléfono	

Nro. Orden	130419495	Tip de Servicio	Recogida Total	Observación	
------------	-----------	-----------------	----------------	-------------	--

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/Trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO			
Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR		CONCENTRADOR	NA + 17250
C. RESPALDO		C. RESPALDO	R701091
REGULADOR 540		REGULADOR 540	RA - 236410
C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870	
CARRITO P.		CARRITO P.	

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--	---------------	--	---------	--

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/Trador	\$150.000		
Filtro Externo Lateral	\$5.000	2		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 14387		Recibo CRM		Valor de Daños \$ 10.000		Valor Pagado \$ 10.000			

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
Se recogen equipos sin los 2 filtros laterales, el resto de equipos en buenas condiciones, cancelan los filtros.

Funcionario Entrega: J. Andro Agudelo P. Documento: 6119261

Hora Servicio: 15:43

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<p><b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b></p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p>entrega voluntaria</p>	<p><b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b></p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p><b>PAGOS</b></p> <p>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:</p> <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ -</td> <td>\$ 10.000</td> <td>\$ -</td> <td>\$ 10.000</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ -	\$ 10.000	\$ -	\$ 10.000	<p><b>CALIDAD DEL SERVICIO</b></p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p> <p>Excelente</p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ -	\$ 10.000	\$ -	\$ 10.000						

**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](mailto: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, 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 se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

<b>INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO</b>	
<p>Nombre: Angela Largo.</p> <p>Documento: 1.007.651.785</p> <p>Teléfono: 3127851082</p> <p>Dirección Actual: Vda San Juan de las Chorras</p> <p>Parentesco: El paciente</p> <p>Cel: 3115715502</p> <p>Chio JUCIO</p>	<p>Firma</p> <p>Huella</p> <p>Angela A Largo Guevara</p> <p>1007651785</p>