

INVALIDA DE PRUEBA NIT: 000000000	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 12-08-2024 07:13 PM </div>	<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;"> INV-OV 527-v1 </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> Exitosa </div>
<h3 style="margin: 0;">ORDEN DE VISITA</h3> <p style="margin: 0; font-size: small;">LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA:4320520 EJE CAFETERO 3302770 - 3401511 - 314 7912353</p>		

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN		
Paciente: Prueba Prueba (CC: 987654321) Telefono: 3118534334 (Movil) Solicitante: JULIA FARIETA	Consumo: 3,000/12 horas Parentesco: EL PACIENTE	Entidad: Z INVALIDA PRUEBA Teléfono: 3214562145

ORDENES DE SERVICIO
-VISITA ADMINISTRATIVA - En Sede (130659922) - Exitosa

REVISIÓN TÉCNICA
Presión: Con O2: % Filtro de Aire: Hora Concentrador:

DOCUMENTACIÓN ASOCIADA

11

OBSERVACIONES DE LAS ORDENES DE SERVICIO
VISITA ADMINISTRATIVA

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE										
"Estimado usuario, por favor verifique que el funcionario encargado de la prestación del servicio transcriba al pie de la letra sus calificaciones y comentarios"										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%; padding: 2px;">CONSUMIBLES RECIBIDOS</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">CALIDAD DEL SERVICIO</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PAGOS EN EFECTIVO</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">PAGOS POR CONSIGNACION (sujeto a auditoria)</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">\$0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">OBSERVACIONES DE LA VISITA</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	CONSUMIBLES RECIBIDOS		CALIDAD DEL SERVICIO		PAGOS EN EFECTIVO	\$0	PAGOS POR CONSIGNACION (sujeto a auditoria)	\$0	OBSERVACIONES DE LA VISITA	
CONSUMIBLES RECIBIDOS										
CALIDAD DEL SERVICIO										
PAGOS EN EFECTIVO	\$0									
PAGOS POR CONSIGNACION (sujeto a auditoria)	\$0									
OBSERVACIONES DE LA VISITA										
Operador de servicio: OXIMEDICA SABANA Documento: CC: 901192646										

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; padding: 2px;">Nombre: JULIA FARIETA</td> <td style="width:33%; padding: 2px;">Documento: 987654321</td> <td style="width:34%; padding: 2px;">Parentesco: EL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Teléfono: 3214562145</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Nombre: JULIA FARIETA	Documento: 987654321	Parentesco: EL PACIENTE	Teléfono: 3214562145		
Nombre: JULIA FARIETA	Documento: 987654321	Parentesco: EL PACIENTE				
Teléfono: 3214562145						

Firma de quien atiende el servicio JULIA FARIETA 	Firma operador de servicio OXIMEDICA SABANA
<input type="checkbox"/> Paciente o responsable se niega a firmar	

SEDE DE ATENCIÓN AL USUARIO

1

COBRO POR DAÑOS O PÉRDIDAS

En caso de daño o perdida de los elementos que hacen parte de los equipos médicos que usted ha recibido por parte de nuestra compañía, deberá cancelar el monto indicado a continuación por unidad: Filtro Externo Central 5.000, Filtro Externo Lateral 5.000, Base Concentrador 80.000, Rueda 20.000, Soporte Filtro Central 15.000, Soporte Filtro Lateral 15.000, Manija 50.000, Flujo metro 80.000, Switch de Encendido 15.000, Botón de Reset 10.000, Carcasa Concentrador 150.000, Cable de Poder 20.000, Adaptador a Humificador 15.000, Panel Frontal 80.000, Tapa de Filtro Interno 20.000, Adaptador Salida Humificador 20.000, Carrito Portátil 20.000, Regulador 870 80.000, Regulador 540 80.000 y Otros.