

OX-OV 018779

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Información de Proveedor
 Documento: 4446308
 Teléfono: 3137712313
 Parentesco: Sobrina
 Dirección Consumo: M2CS5 el Espino
 Teléfono: 3135409780

Nro. Orden:
 Tipo de Servicio: entrega inicial
 Observación: entrega portatil permanente

REVISIÓN TÉCNICA
 Presión O2:
 Flujo:
 Concentración:
 Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/Trador:
 Código:
 Orden de Servicio:
 Observación:
 Tipo de Servicio:
 Observación:
 Nro. Orden:
 Tipo de Servicio:
 Observación:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|------------|---|-------|---------------------------|--|--|--|
| CONCENTRADOR | Sno 145933 | # | \$327 | CONCENTRADOR | | | |
| C. RESPALDO | PR 219033 | | | C. RESPALDO | | | |
| REGULADOR 540 | BA 067 | | | REGULADOR 540 | | | |
| C. PORTATIL | 19120157 | | | C. PORTATIL | | | |
| REGULADOR 870 | S 4940 | | | 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 | | Carrilo 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 entregan equipos en buenas condiciones con insumos nuevos en buenas condiciones
 Hora Servicio: 15:23

Funcionario Entrega: Juan Pablo Rodriguez Documento: 1088011286

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

| RECOGIDA DE EQUIPOS | CONSUMIBLES RECIBIDOS |
|---|---|
| Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS. | Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> |

| PAGOS | CALIDAD DEL SERVICIO | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ <u>0</u></td> <td>\$ <u>0</u></td> <td>\$ <u>0</u></td> <td>\$ <u>0</u></td> </tr> </table> | Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total | \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/> Excelente |
| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total | | | | | | |
| \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | \$ <u>0</u> | | | | | | |

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 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, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suministrar 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 satisfacción 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: <u>Adriana Bedoya</u> | Firma: <u>Adriana Bedoya</u> | Huel: |
| Documento: <u>1060588071</u> | Parentesco: <u>Sobrina</u> | |
| Teléfono: <u>3137712313</u> | Cel: <u>3137712313</u> | |
| Dirección Actual: <u>M2CS5 el Espino</u> | | |