

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: **Fabiola Gutierrez** DOCUMENTO: **24724451** Dirección: **Kra 4 # 4-39 Manizales 26 b 7**  
Entidad: **Mesa EPS** Teléfono: **3136716770** Consumo: **2/24** AUTORIZACION:  
Solicitante: **Carmen Gutierrez** Parentesco: **Hija** Teléfono:

**ORDEN DE SERVICIO**

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|-------------|
|            |                  |             |

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire  Cambio  Limpieza | Hora Con/trador | Código

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

|               | Códigos Equipos Entregados | Códigos Equipos Recogidos |
|---------------|----------------------------|---------------------------|
| CONCENTRADOR  | S N O 1 4 6 0 1 3          | N O 1 3 8 3 0 3           |
| C. RESPALDO   | D G 3 7 0 9 6              | O 7 1 3 8 2 4             |
| REGULADOR 540 |                            |                           |
| C. PORTATIL   |                            |                           |
| REGULADOR 870 |                            |                           |
| CARRITO P.    |                            |                           |

**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/trador     | \$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):  
Funcionario Entrega: **Ana Hurtado** Documento: **1.000.243.902** Hora Servicio: **13:40**

**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)<br><b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente.<br><b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria.<br><b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica.<br><b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor.<br><b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS. | Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)<br>HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI<br>CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> SI<br>TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| <b>PAGOS</b><br>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:<br>Cuota Moderadora: \$13.600<br>Daño Equipo: \$<br>Otros Pagos: \$<br>Total: \$13.600   | <b>CALIDAD DEL SERVICIO</b><br>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)<br>EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO<br><b>EXCELENTE</b>  |

**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 proteccióndedatos@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 ordenes 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: **Carmen Gutierrez** Documento: **24728516** Parentesco: **Hija** Firma: **William Esteban Peláez** Huella:  
Teléfono: **3136716770** Cel: **3136716770** Dirección Actual: **Kra 4 # 4-39 Centro Manizales**