

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | | | | | |
|-------------|--------------------|------------|------------|-----------|------------------|-------------|-----------|
| Paciente | BLANCA RINCON | Documento | 24807355 | Dirección | CLL 136 # 152-46 | Fecha | 29/4/2017 |
| Entidad | COMPENSAR | Teléfono | 3193386868 | Consumo | 2L x 24H | Abstracción | |
| Solicitante | HERNAN CASTELLANOS | Parentesco | ESPOSO | Teléfono | 3193386868 | | |

ORDEN DE SERVICIO

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

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|--|--|--|---------------------------|-------------|--|--|
| CONCENTRADOR | | | | CONCENTRADOR | MZJ55102019 | | |
| C. RESPALDO | | | | C. RESPALDO | | | |
| REGULADOR 540 | | | | REGULADOR 540 | | | |
| C. PORTATIL | | | | C. PORTATIL | BX930711 | | |
| REGULADOR 870 | | | | REGULADOR 870 | O80322 | | |
| CARRITO P. | | | | CARRITO P. | CPO028 | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

Observaciones de la Visita
(Ejemplo Descripción del daño):
SE RECOGEN LOS EQUIPOS COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO, POR ORDEN Y MEDICA

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$
Funcionario Entrega: **MIGUEL SANTOS** Documento: **SPN-145**
Hora Servicio: **12:49**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
(Escribir el Motivo)

FALLECIMIENTO VOLUNTARIO Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MEDICA Devolución Voluntaria.
CAMBIO DE AFILIACIÓN Por Orden Médica.
Estado Afiliación EPS: Cambio de Proveedor.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR CANULA TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

| | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------|
| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total |
| \$ | \$ | \$ | \$ |

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO

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 en calidad de RESPONSABLE, para traer mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada 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 (call center), 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: **Hernan Castellanos**
Documento: **3207805**
Teléfono: **3193386868**
Dirección Actual: **CLL 136 # 152-46**
Parentesco: **ESPOSO**
Firma: *[Firma]*
Huella: *[Huella]*

