

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Napoleon Mesa	Documento	1.276.092	Dirección	Via Barcelona Alta FIC. Calle 210821
Entidad	M. EPS.	Teléfono	3125561628	Consumo	3 L / 24 H
Solicitante	Amparo Mesa	Parentesco	Hija	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130407956	Tipo de Servicio	Recogida Total	Observación	
------------	-----------	------------------	----------------	-------------	--

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

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		

Nro. Reporte: _____ Recibo Manual: _____ Recibo CRM: _____ Valor de Daños \$: _____ Valor Pagado \$: _____

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): *Se recogen Equipos en buenas condiciones con cables pendientes. Se hace papelería Manual por falta señal. J. Andres Agudelo P.*

Funcionario Entrega: *J. Andres Agudelo P.* Documento: *6119281* Hora Servicio: *9:52*

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) FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA 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 type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 14.000	\$ -	\$ -	\$ 14.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO

Excelente

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 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, 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 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 se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Amparo Mesa	Parentesco	Hija	Firma	<i>Amparo mesa L.</i>	Huella	
Documento	120 947 983	Cel:	313302 4980				
Teléfono	312 556 1628	Dirección Actual	Via Barcelona Alta, Finca Safermann, Circasta		20-947 983		

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Nepoleon Mesa 1.276.092	21/08/21

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)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	14000

Cancelan copagos pendientes

Entrega:	Amporo Mesa	
Nombre:		
Cédula:	20947983	Firma
Recibe:	J. Andres Agudelo P.	
Nombre:		
Cédula:	61192810	Firma