

INFORMACION DE PROGRAMACION

Paciente: **Jose Olmos** Documento: **5955685** Dirección: **AV botivar #50 N-48 OP 1690**
 Entidad: **nueva eps** Teléfono: **3208934429** Consumo: **36/24 H**
 Solicitante: **gloria yaneth olmos** Parentesco: **Hija** Teléfono: **3203300559**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130410543** Tipo de Servicio: **entrega inicial con respaldo** Observación:
130410544 entrega portatil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Contrator: Código:

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | Códigos Equipos Recogidos | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|--|
| CONCENTRADOR | NA-334B H 9973 | CONCENTRADOR | |
| C. RESPALDO | GTA132101 | C. RESPALDO | |
| REGULADOR 540 | RR-2496B | REGULADOR 540 | |
| C. PORTATIL | 90525173 | C. PORTATIL | |
| REGULADOR 870 | (210401225) 21040125) | REGULADOR 870 | |
| CARRITO P | CP5092 | 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 Contrator | \$100.000 | | Accesorio | \$20.000 | |
| Filtro Externo Lateral | \$5.000 | | Manija | \$50.000 | | Cable de Poder | \$20.000 | | Cambio Portatil | \$20.000 | |
| Base Contrator | \$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 físicas y funcionales revisados por el acudiente tambien se entrega manual de manejo de los equipos.
 Funcionario Entrega: **Juan Pablo Rodriguez** Documento: **1088811256**

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 Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACION Estado Afiliación EPS.

Me entregaron los siguientes Consumibles:
 (Escribir SI o NO)
 HUMIDIFICADOR **SI**
 CANULA **SI**
 TRAMPA DE AGUA **NO**

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escriba la Calificación)
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO
excelente

AUTORIZACION HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2010 y sus Decretos reglamentarios, con el apoyo de mis colaboradores y presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica proteccion@oxpro.com como responsable, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizado para recibir, almacenar, actualizar, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el presente Contrato y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de consultas médicas y medicamentos, Control de Calidad a Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de consultas médicas, suministro de información a los servicios de atención al cliente (gestión PQR), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Suministro de información a los servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Otros de comunicaciones, Control de tratamientos, Otros libros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria e informada.

INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **gloria yaneth olmos** Firma:
 Documento: **65814813** Parentesco: **Hija**
 Teléfono: **3208934429** Cel: **3203300559**
 Dirección Actual: **AV botivar #50 N-48 OP 1690**
65814813
Gloria Yaneth Olmos