

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Rosaiba Quevedo	Documento	24569692	Dirección	Cra 23 #46-15 Calarca	Fecha	27/7/17
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3113172330	Consumo	3Lpm / 24	Autorización	
Solicitante	Luis Campuzano	Parentesco	Conyugue	Teléfono	3127458087		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130397250	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	N	N	-
C. RESPALDO				C. RESPALDO	D	R	9
REGULADOR 540				REGULADOR 540	R	R	4
C. PORTATIL				C. PORTATIL	H	F	4
REGULADOR 870				REGULADOR 870	9	T	7
CARRITO P.				CARRITO P.	C	P	1

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" 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		Carrillo Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000	7	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	74379	Recibo CRM	Valor de Daños	\$80.000	Valor Pagado	\$0
--------------	---------------	-------	------------	----------------	----------	--------------	-----

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
Se recoge equipo con base dañada, el resto de equipos en buenas condiciones, acudiente no cancela ya que dice que el no hizo el daño.

Funcionario Entrega: Juan Sebastián Valencia Medino Documento: 1093538101

Hora Servicio: 10:55

**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)  
**DEVOLUCIÓN VOLUNTARIA**  
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.  
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.  
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.  
CAMBIO Cambio de Proveedor.  
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

**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  
**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 [protecciondedatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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, 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: Luis Campuzano  
Documento: 1272350 Parentesco: Conyugue  
Teléfono: 3127458081 Cel: 3113172330  
Dirección Actual: Cra 23 # 46-15 B/ El Laguito Calarca

Firma: *[Firma]* Huella: *[Huella]*



RECIBO  
DE PAGO

OX-OP

14377

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Rosalbo Duevedo 24589677	2-7-2017

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		80.000
OBSERVACIONES	TOTAL	0

Atendente informa que no cancela el día 20 que dice que no hizo

Entrega: Nombre: <i>todo computero</i>	<i>[Firma]</i>
Cédula: <i>7272360</i>	Firma

Recibe: Nombre: <i>Juan Sebastián Valencia</i>	<i>[Firma]</i>
Cédula: <i>1003538101</i>	Firma