

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: Samantha Herrera Documento: RD 11260291 Dirección: Vereda Laureles Fecha: 2/6/21  
 Entidad: Famisanoy Teléfono: \_\_\_\_\_ Consumo: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_  
 Solicitante: Jairo Herrera Parentesco: padre Teléfono: 3504785066

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: 130389332 Tipo de Servicio: Preogido Total Observación: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_ Filtro de aire:  Cambio  Umpleza  Hora Con/traidor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos				
CONCENTRADOR					CONCENTRADOR				
C. RESPALDO					C. RESPALDO	J	R	Y	S - 0 B B
REGULADOR 540					REGULADOR 540	L	O	S	5 4 3
C. PORTATIL					C. PORTATIL	8	4	1	0 7 0 3 9
REGULADOR 870					REGULADOR 870	8	8	0	3 6 0
CARRITO P.					CARRITO P.	C	P	3	7 9 6

**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/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		Bolón 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 buen estado por Orden Médico Hora Servicio: 2:26

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: SPN 142

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

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 MÉDICA Por Orden Médica.  
 CAMBIO Cambio de Proveedor.  
 AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR   
 CÁNULA   
 TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
3.500	\$	\$	\$ 3500

**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, 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 procesos. 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: Samantha David Herrera Martinez Firma: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_  
 Documento: 107071507 Parentesco: Padre  
 Teléfono: 3504785066 Cel: \_\_\_\_\_  
 Dirección Actual: Vereda La Laureles