

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	BIANCA CARMENTO	Documento	70141276	Dirección	RA 17 # 144-15	Fecha	08/11/17
Entidad	FAMILIAR	Teléfono	3154226093	Consumo		Autocolor	
Solicitante	ANA OTAROLA	Parentesco	TURCA	Teléfono			

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130 427 207	Tipo de Servicio	RECOGIDA TOTAL	Observación	EQUIPOS
------------	-------------	------------------	----------------	-------------	---------

**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	2	0	0
C. RESPALDO				C. RESPALDO	2	0	0
REGULADOR 540				REGULADOR 540	2	0	0
C. PORTATIL				C. PORTATIL	1	5	1
REGULADOR 870				REGULADOR 870	1	5	1
CARRITO P.				CARRITO P.	1	5	1

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------

**REPORTE DE DANOS**

Dañno/Perdida	V/unit	Cant	Dañno/Perdida	V/unit	Cant	Dañno/Perdida	V/unit	Cant	Dañno/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	4
Base Concentrador	\$80.000		Flujometro	\$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		Boton de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños	\$ 70.000	Valor Pagado	\$ 0.
-------------	---------------	------------	----------------	-----------	--------------	-------

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño):  
 de RECOPEN LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO POR RECOPEN MEDICA de RECOPEN (PORTATIL DAÑADO). NO (ANCELA) NO (ANCELA)  
 DAÑOS NI CM.  
 Hora Servicio: 08:00

Funcionario Entrega: PRICIAN MARTINEZ Documento: SPA 147

**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** 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  NO  
 CÁNULA  NO  
 TRAMPA DE AGUA  NO

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**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](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 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: Ana Mercedes Ochoa Firma: [Firma]  
 Documento: 51587456 Parentesco: Direct. Furber Huella: [Huella]  
 Teléfono: 3154226093  
 Dirección Actual: Car. 17 N.º 144-15