

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: José Escobar Documento: 359594 Dirección: Carrera 9 N 11A 22 Fecha: 4/10/2  
Entidad: Nocum EPS Teléfono: 7125073 Consumo: 217 x 24 H Abrazo:  
Solicitante: José Escobar Parentesco: Paciente Teléfono: 7125073

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: 130419108 Tipo de Servicio: Servicio Técnico Observación:

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2: 6.6 Flujo: 2 Concentración: 95 Filtro de aire:  Cambio  Limpieza Hora Contrador: 16541 Código:

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos				
CONCENTRADOR	7	F	5	2	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  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 Contrador	\$150.000		Adaptador Base Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito 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): Equipo funcionando correctamente bajo los parámetros normales. Tanto bajo como de luz. Cilindro 2000 libras. Hora Servicio: 16:45

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: JKUG25

**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): <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO): <b>HUMIDIFICADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>CÁNULA</b> <input type="checkbox"/> <b>TRAMPA DE AGUA</b> <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora: \$ / Daño Equipo: \$ / Otros Pagos: \$ / Total: \$	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación): <b>EXCELENTE</b> <b>BUENO</b> <b>REGULAR</b> <b>MALO</b> <b>MUY MALO</b>

**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@oxiproas.com](mailto:protecciondedatos@oxiproas.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 autorizada 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, 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 ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: Santiago Lopez Documento: 359594 Teléfono: 7125073 Dirección Actual: Carrera 9 N 11A 22  
 Firma: [Firma] Huella: