

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--|------------|------------|-----------|-----------------------|--------------|----------|
| Paciente | Antoniella Costamante | | | Documento | 1092865206 | Dirección | B1 El Planchon CS 191 | Fecha | 19/10/21 |
| Entidad | N. EPS. | | | Teléfono | 3172545479 | Consumo | 1/2 - 24H. | Autorización | — |
| Solicitante | Angie Melisa Cardenas | | | Parentesco | Madre | Teléfono | — | | — |

ORDEN DE SERVICIO

| | | | | | |
|------------|-----------|------------------|--------------------|-------------|--|
| Nro. Orden | 190422218 | Tipo de Servicio | Reparación de Rep. | Observación | |
|------------|-----------|------------------|--------------------|-------------|--|

REVISIÓN TÉCNICA

| | | | | | | | |
|------------|-------|---------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------|
| Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire | <input type="checkbox"/> Cambio | <input type="checkbox"/> Limpieza | Hora Con/trador | Código |
|------------|-------|---------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------|

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|-------------|--|--|---------------------------|---------|--|--|
| CONCENTRADOR | | | | CONCENTRADOR | | | |
| C. RESPALDO | JP150870138 | | | C. RESPALDO | D717055 | | |
| REGULADOR 540 | | | | REGULADOR 540 | | | |
| C. PORTATIL | | | | C. PORTATIL | | | |
| REGULADOR 870 | | | | REGULADOR 870 | | | |
| CARRITO P. | | | | CARRITO P. | | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------------|--|-------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|
| CONCENTRADOR | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | C. RESPALDO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | C. PORTATIL | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | REGULADOR 540 | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | REGULADOR 870 | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | CARRITO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
|--------------|--|-------------|--|-------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|

REPORTE DE DAÑOS

| Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant |
|------------------------|----------|------|------------------------|----------|------|------------------------|-----------|------|--------------------------------|----------|------|
| Filtro Externo Central | \$5.000 | | Soporte Filtro Lateral | \$15.000 | | Carcasa Con/trador | \$150.000 | | Adaptador Salida 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 | 2071606165 (1200 PSI.) | Recibo Manual | Recibo CRM | Valor de Daños \$ | Valor Pagado \$ |
|--------------|------------------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Se entrega cilindro lleno a 2000 PSI en buenas condiciones, se recoge cilindro vacío en buen estado para servicio 17:50.

Funcionario Entrega: Juan Pablo Rodriguez Documento: 1008011256

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

| PAGOS | CALIDAD DEL SERVICIO | | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------|----|----|----|----|---|
| HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: | CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table> | Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total | \$ | \$ | \$ | \$ | EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Excelente |
| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total | | | | | | |
| \$ | \$ | \$ | \$ | | | | | | |

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 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, 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 | Angie Melisa Cardenas | | Firma | | Huella |
| Documento | 1007269139 | Parentesco | Madre | | |
| Teléfono | 3024247192 | Cel | 3172545479 | | |
| Dirección Actual | B1 El Planchon CS 191 Alcala Angie melisa Cardenas | | | | |