

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	<b>Rigoberto montoya</b>	Documento	<b>10239409</b>	Dirección	<b>Cra 16 # 4B56 la Francia</b>	Fecha	<b>8/2/11</b>
Entidad	<b>NEPS</b>	Teléfono	<b>3155917043</b>	Consumo	<b>2/24</b>	Módulo	
Solicitante	<b>Yolanda Lopez</b>	Parentesco	<b>Esposa</b>	Teléfono			

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden		Tipo de Servicio	<b>Recepción</b>	Observación	<b>Se piden los equipos ya que el paciente NO los Necesita</b>
------------	--	------------------	------------------	-------------	--

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

**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		Activador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Banda humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

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

Observaciones de la Visita (Especificar Descripción del daño)	Hora Servicio	<b>10 AM</b>
---	---------------	--------------

Funcionario Entrega: **Wilson Zubaga** Documento: **1060267700**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Consorcio por el siguiente motivo:  
(Escribir el Motivo)  
**Devolucion voluntaria.**

- FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente
- VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.
- ORDEN MEDICA: 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
\$7000 =	\$	\$	\$7000

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFIQUE EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE  
BUENO  
REGULAR  
MALO  
MUY MALO

**AUTORIZACIÓN HAREAS DATA:** En cumplimiento del Régimen General de Hareas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, anticipo 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 recibir, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, proveer, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, suministrar 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 reales, Remisión de información a los titulares, Servicios de mantenimiento 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. Firmamos y declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre **Yolanda Lopez**  
Documento **74322598**  
Teléfono  
Dirección Actual **Cra 16 # 4B56 la Francia Vanizales**

Firma **Yolanda Lopez Perez**  
Huefía  
**24322598**