

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Gloria Raga	Documento	24569271	Dirección	Cr 64-9-140. Zaragoza	Fecha	27/09/21
Entidad	N- EPS	Teléfono	3117027126	Consumo	2 Hrs 24 H	Autorización	
Solicitante	Gloria Raga	Parentesco	Paciente	Teléfono	316 642 2747		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130417067		

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	J	P	1	5	0	8	7	0	1	9	4								
REGULADOR 540																			
C. PORTATIL																			
REGULADOR 870																			
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/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/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		Adapta 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).	Se realiza entrega de un cilindro llano con 2000 PSI x se recoge uno en buenas condiciones	Hora Servicio	12/05 PM
---	---	---------------	-----------------

Funcionario Entrega: Juan Carlos Defago	Documento: 15924098
--	----------------------------

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: RECARGA			
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ /	\$ /	\$70.000	\$70000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

- EXCELENTE** **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 protecciondatos@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 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 la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre Gloria Raga	Firma	Huella
Documento 24569271	Gloria Aida Raga V.	
Teléfono 3117027126	24569271	
Dirección Actual Cr 64 9-140. Zaragoza. Cartago		

Se realiza al servicio en Papelería Manual por fallas en el sistema



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14411

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente 245 692 71	Fecha
Gloria Rojas	27/09/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		70.000
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	70.000

Cancela Recarga de cilindro no justificada

Entrega: Nombre: <i>Franca A. ...</i>	
Cédula: <i>245 692 71</i>	Firma
Recibe: Nombre: <i>Juan Esteban</i>	
Cédula: <i>15924098</i>	Firma