

Torre 2 Apto 204

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Maria Borrador Documento: 23263077 Dirección: Cra 83 # 145-77 Fecha: 25/4/22
 Entidad: Nuevo EPS Teléfono: Consulto:
 Solicitante: Zoraida Ardila Parentesco: Hijo Teléfono: 3104770089

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130466000 Tipo de Servicio: Re- cargo cilindro Observación: ace instala una trampa de agua
130466001 int. trampa de agua
REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Control: Camp:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|------------------|--|--|---------------------------|----------------|--|--|
| CONCENTRADOR | | | | CONCENTRADOR | | | |
| C. RESPALDO | <u>194347085</u> | | | C. RESPALDO | <u>D709104</u> | | |
| 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/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 Concentrador | \$150.000 | | Adaptador Salida Humidificador | \$20.000 | |
| Filtro Externo Lateral | \$5.000 | | Manija | \$50.000 | | Cable de Poder | \$20.000 | | Carrilo 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): se realiza instalacion de trampa de agua pero en el momento no hay luz, se realiza Recargo del cilindro y se deja una Mens

Funcionario Entrega: Soler Galindo Documento: SPA1187

Hora Servicio: 10:36

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

| RECOGIDA DE EQUIPOS | CONSUMIBLES RECIBIDOS |
|---|--|
| Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFLIACIÓN Estado Afiliación EPS. <u>se recibe abono de 20000 pesos por la recarga del cilindro</u> | Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> lote 111014 |

| PAGOS | CALIDAD DEL SERVICIO |
|---|---|
| HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora: <u>\$</u> Daño Equipo: <u>\$</u> Otros Pagos: <u>\$20.000</u> Total: <u>\$20.000</u> | CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/> |

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: José Noel Ardila B. Firma: [Firma] Huella:
 Documento: 7178015 Parentesco: Hijo
 Teléfono: 3118341415 Cel: 500
 Dirección Actual: Conjunto Altamontes Int. 3 Apto 204