

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | | | | | |
|-------------|------------------|------------|----------|-----------|--------------------|--------------|----------|
| Paciente | LUIS CRUZ | Documento | 19353928 | Dirección | CAUCI 61 A # 59-76 | Fecha | 19/07/20 |
| Entidad | NUOVA E.P.S. | Teléfono | | Consumo | | Autorización | |
| Solicitante | LUIS MATEUS HIJO | Parentesco | HIJO | Teléfono | 3134959500 | | |

ORDEN DE SERVICIO

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|-------------|
| | Oximetria | |

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 6.6 Flujo 0.0 Concentración 97.0 Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Con/trador 0346 Código 0376A-10

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 NO C. RESPALDO NO C. PORTATIL NO REGULADOR 540 NO REGULADOR 870 NO CARRITO 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 | | 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):
CSM-181320074- RECOGER-
CTE HF4230138- RECOGER-
CAS 0376A-10- RECOGER-

Funcionario Entrega: TORRE REYES Documento: BDK 864

Hora Servicio: 10:34 AM

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

| | |
|---|--|
| <p>RECOGIDA DE EQUIPOS</p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p>FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.</p> | <p>CONSUMIBLES RECIBIDOS</p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|

| <p>PAGOS</p> <p>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:</p> <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 | \$ | \$ | \$ | \$ | <p>CALIDAD DEL SERVICIO</p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p> |
|--|------------------|-------------|-------------|-------|----|----|----|----|---|
| 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: Mateo Cruz | Firma: | Huella: |
| Documento: 1019138255 | | |
| Teléfono: 319417910 | Parentesco: HIJO | |
| Dirección Actual: | | |