

| INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN |                          |            |            |           |                    |
|-----------------------------|--------------------------|------------|------------|-----------|--------------------|
| Paciente                    | PEDRO MONTENEGRO         | Documento  | 297885     | Dirección | VEREDA ALTO GRANDE |
| Entidad                     | FAMILIAR                 | Teléfono   | 3195698577 | Consumo   | 2lt x 24h          |
| Solicitante                 | PEDRO ANTONIO MONTENEGRO | Parentesco | Hijo       | Teléfono  |                    |

| ORDEN DE SERVICIO |                                                 |             |
|-------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| Nro. Orden        | Tipo de Servicio                                | Observación |
|                   | RECARGA CILINDRO<br>MANTENIMIENTO INJUSTIFICADA |             |

| REVISIÓN TÉCNICA |                                 |                                              |                 |               |         |
|------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|---------------|---------|
| Presión O2       | 6.2                             | Flujo                                        | 2lt x 24h       | Concentración | 96.4    |
| Filtro de aire   | <input type="checkbox"/> Cambio | <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza | Hora Con/Trador | 23774         | Código  |
|                  |                                 |                                              |                 |               | NN-577B |

| EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO |   |   |   |   |   |                           |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|
| Códigos Equipos Entregados                |   |   |   |   |   | Códigos Equipos Recogidos |   |   |   |   |   |
| CONCENTRADOR                              |   |   |   |   |   | CONCENTRADOR              |   |   |   |   |   |
| C. RESPALDO                               | 1 | 9 | 0 | 9 | 4 | C. RESPALDO               | 1 | 9 | 0 | 0 | 8 |
| 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 type="checkbox"/> NO | C. RESPALDO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | C. PORTATIL | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 540 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| REGULADOR 870                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CARRITO     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |             |                             |                             |               |                             |                             |

| REPORTE DE DAÑOS       |          |  |                        |          |  |                        |           |  |                                |          |  |
|------------------------|----------|--|------------------------|----------|--|------------------------|-----------|--|--------------------------------|----------|--|
| Daño/Perdida           |          |  | Daño/Perdida           |          |  | Daño/Perdida           |           |  | Daño/Perdida                   |          |  |
| V/unit                 | Cant     |  | V/unit                 | Cant     |  | V/unit                 | Cant      |  | 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  |  | 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 ENTREGA EL EQUIPO PRUBADO Y AVALADO EN PERFECTAS CONDICIONES, EL CONCENTRADOR SE ENCUENTRA TRABAJANDO CON LOS PARAMETROS NORMALES**

Hora Servicio: **4:50**

Funcionario Entrega: **MANUEL CASTILLO** Documento: **SPN 573**

**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) |                          |
| <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente.                                                                 |  | HUMIDIFICADOR                                               | <input type="checkbox"/> |
| <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria.                                                                         |  | CÁNULA                                                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica.                                                                            |  | TRAMPA DE AGUA                                              | <input type="checkbox"/> |
| <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor.                                                                               |  |                                                             |                          |
| <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.                                                                         |  |                                                             |                          |

| PAGOS                                    |             |             |          | CALIDAD DEL SERVICIO                                           |  |
|------------------------------------------|-------------|-------------|----------|----------------------------------------------------------------|--|
| HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: |             |             |          |                                                                |  |
| Cuota Moderadora                         | Daño Equipo | Otros Pagos | Total    | CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)           |  |
| \$                                       | \$          | \$30.000    | \$30.000 | EXCELENTE<br>BUENO <b>Bueno</b><br>REGULAR<br>MALO<br>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 [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 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                                   | Pedro Montenegro Alarcón | Firma  |
| Documento                                | 79062886                 | Huella |
| Teléfono                                 | 3219652321               |        |
| Dirección Actual                         | ALTO grande              |        |
| Parentesco                               | hijo                     |        |
| Cel:                                     |                          |        |
| <b>Pedro Montenegro</b>                  |                          |        |