

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Hijo de Mayerly Parra	Documento	1072894038	Dirección	Via Rosal 4 esquina	Fecha	08/22
Entidad	Famisanav	Teléfono	3007973992	Consumo		Asesor	
Solicitante	Mayerly Parra	Parentesco	Madre	Teléfono	3188604760		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130435219	Recogido y tipo fin de contrato	

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor	Código
------------	-------	---------------	----------------	-------------------------------------------------------------------	------------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	1	7	3
REGULADOR 540				REGULADOR 540	1	3	8
C. PORTATIL				C. PORTATIL	1	6	8
REGULADOR 870				REGULADOR 870	1	6	8
CARRITO P.				CARRITO P.	1	6	8

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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/traidor	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Santa Humificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humificador	\$15.000		Camio 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 (Ejemplo: Descripción del daño).	Sac recogido por equipos probados y revisados en buen estado por cual medica p.c.i.	Hora Servicio	12:12 pm
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------	----------

Funcionario Entrega: \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b>	<b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b>
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) <i>orden medica</i>	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CANULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

<b>PAGOS</b>	<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>														
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)														
<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	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	<table border="1"> <tr> <td>EXCELENTE</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>EXCELENTE</b></td> </tr> <tr> <td>BUENO</td> </tr> <tr> <td>REGULAR</td> </tr> <tr> <td>MALO</td> </tr> <tr> <td>MUY MALO</td> </tr> </table>	EXCELENTE	<b>EXCELENTE</b>	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total												
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -												
EXCELENTE	<b>EXCELENTE</b>														
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 [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	MAYERLY PARRA	Firma	MAYERLY PARRA	Huella
Documento	1002314453	Parentesco:	MADRE	
Teléfono	3188604760	cel:	3188604760	
Dirección Actual	VIA EL ROSAL			