

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

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

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
<b>130417067</b>		

**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	<b>J</b>	<b>P</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>4</b>								
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/traidor	\$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 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).	<b>Se realiza entrega de un cilindro llano con 2000 PSI x se recoge uno en buenas condiciones</b>	Hora Servicio	<b>12/05 PM</b>
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------

Funcionario Entrega: <b>Juan Carlos Defago</b>	Documento: <b>15924098</b>
------------------------------------------------	----------------------------

**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
\$ /	\$ /	<b>\$70.000</b>	<b>\$70000</b>

**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](mailto: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 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 <b>Gloria Raga</b>	Firma <b>Gloria Raga</b>	Huella
Documento <b>24569271</b>	Parentesco: <b>Paciente</b>	
Teléfono <b>3117027126</b>	Cel: <b>316 642 2747</b>	
Dirección Actual <b>Cr 64 9-140. Zaragoza. Cartago</b>	<b>24569271</b>	

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