

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: Abrón Huertos Documento: 6090361 Dirección: Vereda Cuchera Fed: 25422  
Entidad: NUCLO EPS Teléfono:                      Consumo:                      Habitación:                       
Solicitante: Wilson Huertos Parentesco: hijo Teléfono: 3108562667

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: 130466332 Tipo de Servicio: Recarga cilindro Observación:                     

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2:                      Flujo:                      Concentración:                      Filtro de aire:  Cambio  Limpieza Hora Con/Trador:                      Código:                     

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	<u>MM201959</u>			C. RESPALDO	<u>19274018</u>		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR  SI  NO C. RESPALDO  SI  NO C. PORTATIL  SI  NO REGULADOR 540  SI  NO REGULADOR 870  SI  NO CARRITO  SI  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): Se recarga cilindro de respaldo vacío, en el momento del servicio no hay luz Hora Servicio: 7:22 PM

Funcionario Entrega: Joler Uatuné Documento: MTO 252

**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) <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora: \$ <u>                    </u> Daño Equipo: \$ <u>                    </u> Otros Pagos: \$ <u>                    </u> Total: \$ <u>                    </u>	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <u>Excelente</u> 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: Leonel Fuentes Documento: 29846073 Parentesco: Hogar cuidado  
Teléfono: 3734418959 Cel: 3734418959  
Dirección Actual: Cuchera bajo finca (20) de Amosj

Firma: [Firma] Huella: