

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

|             |                   |            |            |           |                |            |       |
|-------------|-------------------|------------|------------|-----------|----------------|------------|-------|
| Paciente    | Edoardo Leon Diaz | Documento  | 19272694   | Dirección | Cra 22 # 70A89 | Fecha      | 28/08 |
| Entidad     | Famisanon         | Teléfono   | 3125952086 | Consumo   | 2L             | Indicación |       |
| Solicitante | Edoardo Leon d.   | Parentesco | Paciente   | Teléfono  |                |            |       |

**ORDEN DE SERVICIO**

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

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2 7.0 Flujo 2L Concentración 98 Filtro de aire  Cambio  Limpieza Hora Con/Trador 28/08 Código NN-26785

**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): Se realiza limpieza equipo Funcara con productos normales cilindro de respaldo oleo verde 12/23 Hora Servicio 13:32

Funcionario Entrega: Sergio Salazar Documento: YQT-64E

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

| PAGOS  | CALIDAD DEL SERVICIO                                 |             |             |       |    |    |    |    |   |
|--|--|-------------|-------------|-------|----|----|----|----|---|
| 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 | \$ | \$ | \$ | \$ | EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/><br>BUENO <input type="checkbox"/><br>REGULAR <input type="checkbox"/><br>MALO <input type="checkbox"/><br>MUY MALO <input type="checkbox"/> |
| 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](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 he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

|   |                              |        |
|---|------------------------------|--------|
| Nombre <u>Juz Nohora Niño Muñoz</u>                   | Firma <u>Nora Niño Muñoz</u> | Huella |
| Documento <u>41773657</u> Parentesco: <u>Conyogre</u> |                              |        |
| Teléfono <u>3125952086</u> Cel: <u>3125952086</u>     |                              |        |
| Dirección Actual <u>Cra 22 # 70A89</u>                |                              |        |