

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: Luz Belinda Diaz Documento: 4.289492 Dirección: V. Callesca Santiana  
 Entidad: NOVA Teléfono: 316408472 Celular: 316408472  
 Sub-entidad: NOVA Parentesco: NOVA Teléfono: 316408472

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden:                      Tipo de Servicio: Servicio Técnico Equipo Concentrador y presentador inferior de Nalco Observación:                     

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2:                      Flujo:                      Concentración:                      Filtro de aire:  Cambio  Limpieza Hora Contrator: 8:50 AM Comp:                     

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	<u>NA-3858</u>			CONCENTRADOR	<u>NA-28837</u>		
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  C. RESPALDO  C. PORTATIL  REGULADOR 540  REGULADOR 870  CARRITO

**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 Contrator	\$150.000		Aspirador	\$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 entrega concentrador en buenas condiciones fríasado por el operador y se recoge concentrador con interruptor Nalco cilindro en casa 194525126 con 1500 psi

Funcionario Entrega: Miguel Medina Cardona Documento: 1054554492 Hora Servicio: 8:50 AM

**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 MEDICA** Por Orden Médica.  
**CAMBIO** Cambio de Proveedor.  
**AFILIACION** Estado Afiliación EPS

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR                       
 CANULA                       
 TRAMPA DE AGUA                     

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$	\$	\$	\$

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

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 [protecciondedatos@oxiproasa.com](mailto:protecciondedatos@oxiproasa.com) con un carácter RESPONSABLE para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A S queda autorizado para recibir, compilar, almacenar, dar acceso, compartir, consultar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el desarrollo 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, consultas de Opinión al cliente (gestión PQRST), procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas vitales, Remisión de información a los Guías, Servicios de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de emergencias, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: Luz Belinda Diaz Firma: Luz Belinda Diaz Hernandez  
 Documento: 30225210 Parentesco: NOVA  
 Teléfono: 316408472 Cel:                       
 Dirección Actual: V. Callesca Santiana C.