

Paciente	Antonio Velasquez		
Entidad	N. Eqs.		
Solicitante	Basa Velasquez		
Documento	25018742	Dirección	MZ 20 casa 27 Ciudad Encarnación 271022
Teléfono	3147363134	Consumo	3L 24H
Parentesco	Hija	Autorización	—

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130507501	Tipo de Servicio	Recarga No Justificada	Observación	corr. cambio Portatil
	130507598		entrega desechables		Monten. a Domicilio

**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	D	6	9	4	0	6	2	C. RESPALDO	G	T	A	131	037				
REGULADOR 540								REGULADOR 540									
C. PORTATIL	B	7	5	2	8	3	2	1	C. PORTATIL	B	X	5	6	4	9	1	7
REGULADOR 870								REGULADOR 870									
CARRITO P.								CARRITO P.									

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input 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 Solida 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 entrega cilindro lleno a 2000 PSI en buenos condiciones. Se recarga cilindro vacío en buen estado. de entrega desechables nuevos en buen estado (ganchos recarga). No justificada.			Hora Servicio	15:42
Funcionario Entrega:	J. Andres Aguado P.			Documento:	6119281

**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)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
<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.	<b>HUMIDIFICADOR</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>CÁNULA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>TRAMPA DE AGUA</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<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>\$ 30.000</td> <td>\$ 30.000</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$ 30.000	\$ 30.000	<b>EXCELENTE</b> <b>BUENO</b> <b>REGULAR</b> <b>MALO</b> <b>MUY MALO</b> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">Excelente,</p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$ 30.000	\$ 30.000						

**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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, sustituir 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 ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión FORS), 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre	Basa Velasquez	Parentesco	Hija	Firma	Rosa Melba Velasquez	Huella
Documento	25018742	Cel:	3014939278			
Teléfono	3147363134					
Dirección Actual	MZ 20 casa 27 Ciudad Encarnación 25018742 Quimbaya.					



OXÍGENOS MEDICINALES  
NIT. 900.481.014-0

RECIBO  
DE PAGO

OX-OP 14397

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	1258217	Fecha
Antonio Velasquez		27/10/22

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)	1	30.000
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	30.000

Recorrido No Justificado.	
Entrega:	
Nombre: Rosa Velasquez	
Cédula: 25.018.742	Firma
Recibe: J. Andres Agudelo P.	
Nombre:	Firma
Cédula: 6119281	