

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------|
| Paciente: Helia Rojas | Documento: 52412824 | Dirección: | Fecha: D M A |
| Entidad: | Teléfono: 3003980516 | Turno: | Autorización: |
| Solicitante: | Parentesco: | Teléfono: | |

ORDEN DE SERVICIO

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

REVISIÓN TÉCNICA

| | | | | | | | |
|------------|-------|---------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------|
| Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire | <input type="checkbox"/> Cambio | <input type="checkbox"/> Limpieza | Hora Con/trador | Código |
|------------|-------|---------------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------|

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. | | | |

APM180 / 9410710Z

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------------|--|-------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|
| CONCENTRADOR | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. RESPALDO | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. PORTATIL | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 540 | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 870 | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | CARRITO | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|--------------|--|-------------|--|-------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|

REPORTE DE DAÑOS

| Daño/Perdida | V/unidad | Cant | Daño/Perdida | V/unidad | Cant | Daño/Perdida | V/unidad | Cant | Daño/Perdida | V/unidad | Cant |
|------------------------|----------|------|------------------------|----------|------|------------------------|-----------|------|--------------------------------|----------|------|
| Filtro Externo Central | \$5.000 | 1 | Soporte Filtro Lateral | \$15.000 | 1 | Carcasa Con/trador | \$150.000 | 1 | Adaptador Salida Humidificador | \$20.000 | 1 |
| Filtro Externo Lateral | \$5.000 | 1 | Manija | \$50.000 | 1 | Cable de Poder | \$20.000 | 1 | Carrito Portatil | \$20.000 | 1 |
| Base Concentrador | \$80.000 | 1 | Flujómetro | \$80.000 | 1 | Adapt a Humidificador | \$15.000 | 1 | Regulador 870 | \$80.000 | 1 |
| Rueda | \$20.000 | 1 | Switch de Encendido | \$15.000 | 1 | Panel Frontal | \$80.000 | 1 | Regulador 540 | \$80.000 | 1 |
| Soporte Filtro Central | \$15.000 | 1 | Botón de Reset | \$10.000 | 1 | Tapa de Filtro Interno | \$20.000 | 1 | Otros | | |

| | | | | |
|--------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|
| Nro. Reporte | Recibo Manual | Recibo CRM | Valor de Daños \$ | Valor Pagado \$ |
|--------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|

| | |
|---|---------------|
| Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño). | Hora Servicio |
|---|---------------|

Funcionario Entrega: *[Firma]* Documento: **7961238 B/fc**

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

CÁNULA

TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

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@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: Carolina Rojas | Firma: <i>[Firma]</i> | Huella: |
| Documento: 52693159 | Parentesco: hija | |
| Teléfono: 3124327234 | Cel: | |
| Dirección Actual: C/ 159 No 20A-54 APO SA | | |