

65/webfirmasecura/Docs/D20191211/PACIENTE_NO_ENCONTRADO_CRM_13777_doc_ok.html

Entidad: **UNIDAD VIA PASO HONDO**

Consumo: 2,0/24 horas
Parentesco: PACIENTE

Entidad: **UNIDAD VIA PASO HONDO**

Teléfono: **130297432**

ORDENES DE SERVICIO

Concentrador con Respaldo - A Domicilio (130297432). **Exitosa**
Permanente - A Domicilio (130297433). **Exitosa**

MOVIMIENTO DE EQUIPOS

Códigos Equipos Entregados

7411100055) Lote(4714084)
00040) Lote(5336743)
S/N: NN-1465B)
0) (S/N: RR-21910B)
1) 6M3 (S/N: A9283024)
S/N: DC584208)
S/N: CP1766)
TRICO S/N:180901196)

DECLARACIÓN DE CAPACITACION

capacitación correspondiente a manejo, cuidados y recomendaciones de seguridad para el uso ad respectivo MANUAL DE USUARIO que relaciona dicha información. Declaro que he recibido una resp rante la capacitación y afirmo tener conocimiento sobre el procedimiento a seguir en caso de requ vicios mínimo con 72 horas de anticipación.

DOCUMENTACIÓN ASOCIADA

OBSERVACIONES DE LAS ORDENES DE SERVICIO

A FAMISANAR

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

, por favor verifique que el funcionario encargado de la prestación del servicio transcriba al

OS	CANULA - HUMIDIFICADOR
	\$0
CIÓN (sujeto a auditoria)	\$0
A VISITA	Se entregan los equipos probados y revisados en humidificador nuevos en buen estado

OXPro N° 28824
OX-OV 018345

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-980-FR-10
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: FANSIO GONIAEZ	DOCUMENTO: 2066779A	Dirección: UDA FORESTAL	FECHA: 04/08/17
Entidad: FAMISANAR	Teléfono: 322209006	Consumo: 2/24	AUTORIZACIÓN
Solicitante: FLOP MENDOZA	Parentesco: HIP	Teléfono: 322209006	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130297432	ENTREGA INICIAL	CONCENTRADOR
130297433	ENTREGA PORTATIL	PERMANENTE

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	2	2	3	6	6	CONCENTRADOR					
C. RESPALDO	2	2	3	6	6	C. RESPALDO					
REGULADOR 540	1	1	1	1	1	REGULADOR 540					
C. PORTATIL	1	1	1	1	1	C. PORTATIL					
REGULADOR 870	1	1	1	1	1	REGULADOR 870					
CARRITO P.	1	1	1	1	1	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/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrillo 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 ENTREGAN (2) EQUIPOS PROBADOS REVISADOS Y EN PERFECTAS CONDICIONES DE ENTREGA (CANULA Y HUMIDIFICADOR NUEVOS)**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN M.** Documento: **08/15**

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.

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR **SI**
CANULA **SI**
TRAMPA DE AGUA **NO**

REVISADO 12 DIC 2019

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 3700	\$ 0	\$ 0	\$ 3700

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 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 autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, sustrimir y disponer mis datos personales para fines administrativos de gestión de servicios de salud.