

INFORMACION DE PROGRAMACION

Paciente: Edgar Torres Documento: 2908236 Dirección: Ke 40 B# 10 S-10 Fecha: 4/12/20
 Entidad: Famipopar Teléfono: Consumo: 4 litro x 24 h. Admisión:
 Solicitante: Edgar de la Cruz Parentesco: Hijo Teléfono: 3392749108

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130354117 Tipo de Servicio: Cambio de Concentrador de alto Flujo Observación:
130353998 Recarga de cilindro

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos															
CONCENTRADOR	7	F	10	20	20	02	00000	20	CONCENTRADOR	2	0	1	0	0	0	0	0	30	
C. RESPALDO	0	6	8	8	0	5	7		C. RESPALDO	2	0	7	5	2	8	1	0	1	7
REGULADOR 540									REGULADOR 540										
C. PORTATIL									C. PORTATIL										
REGULADOR 870									REGULADOR 870										
CARRITO P.									CARRITO P.										

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI 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 Contrador	\$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 cambio equipo por a forma amarella prendida se entregan equipos en buen estado paciente PC-1. Hora Servicio: 12:09

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: SPN 142

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

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	No pago Total
\$ 324.600	\$	\$	\$324.600

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO

Excelente

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 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, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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 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: EDGAR A. TORRES GOMEZ Firma: [Firma] Huella: [Huella]
 Documento: 79658716 Parentesco: Hijo
 Teléfono: Cel: 3112749108
 Dirección Actual: Cra 40 B# 10-10 Sur