

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Flujo María Quecho Documento: 163295636 Dirección: Clío 2ª Hª - 64
 Entidad: Famisanar Teléfono: _____ Consumo: _____
 Solicitante: Angelico Quecho Parentesco: Mama Teléfono: 3227498414

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: Recogida Total Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Contrato: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR			CONCENTRADOR		
C. RESPALDO			C. RESPALDO	D	6
REGULADOR 540			REGULADOR 540	1	0
C. PORTATIL			C. PORTATIL	0	3
REGULADOR 870			REGULADOR 870	0	2
CARRITO P.			CARRITO P.	0	4

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 Confrador	\$150.000		Ahorcador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manga	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Botón Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte: _____ Recibo Manual: _____ Recibo CRM: _____ Valor de Daños \$: _____ Valor Pagado \$: _____

Observaciones de la Visita: Se recogen los equipos en buen estado paciente PC-1 Hora Servicio: 6:00

Funcionario Entrega: Marvin Bolmerinas Documento: JRU 625

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domestico por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente
- VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria
- ORDEN MEDICA: Por Orden Medica
- CAMBIO: Cambio de Proveedor
- AFILIACION: Estado Afiliación EPS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

No entregar los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR
CÁNDULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cydia 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 1712 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxpromed.com como RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizada para recibir, imprimir, almacenar, usar, compartir, conservar, procesar, actualizar, sustraer, transferir, transmitir, depositar, registrar y divulgar mis datos personales a sus administrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial Clínico, programas de promoción y prevención de exámenes diagnósticos, gestión de ordenes médicas y medicamentos, Emisión de atención al cliente (gestión PQR), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los Servicios de mejoramiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambio en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, de stocks. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Bernard Andres Rodriguez OCAJA Firma: _____
 Documento: 1176807634 Parentesco: Papa
 Teléfono: 3227498414 Cel: _____
 Dirección Actual: CAVPRO 2ª Hª - 64