

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Libia Garcia Peña** Documento: **29819132** Dirección: **Vereda el Aguacate** Fecha: **14/08/2017**
 Entidad: **N.EPS** Teléfono: **3182137672** Consumo:
 Solicitante: **Libia Garcia Peña** Parentesco: **Paciente** Teléfono: **3217739948**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

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	SN 0122594		CONCENTRADOR	SN 0194030	
C. RESPALDO			C. RESPALDO		
REGULADOR 540			REGULADOR 540		
C. PORTATIL			C. PORTATIL		
REGULADOR 870			REGULADOR 870		
CARRITO P.			CARRITO P.		

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 Contrador	\$190.000		Asesorador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Sistema Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flugómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Cambio 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 recoge equipo para Mantenimiento no sale Oxigeno de las informas que a partir del 1 noviembre las bras del eje cafetero seran reemplazadas por el 0363402658**
 Funcionario Entrega: **Frauel A Delgado** Documento: **15924098**

ESPACIO PARA SER DELIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> Si CANULA <input checked="" type="checkbox"/> Si TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> No

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuenta Moderadora: \$30600 Daño Equipo: \$ / Otros Pagos: \$ / Total: \$30600	EXCELENTE 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 presente Consentimiento 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 a utilizar RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, consultar, almacenar, usar, en cualquier momento, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto 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, Encuentros al Cliente, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Resguardo de información e los Servicios de mantenimiento 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 calidad. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y verificada.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Libia Garcia Peña** Firma: **Libia Garcia Peña**
 Documento: **29819132** Parentesco: **Paciente**
 Teléfono: **3182137672** Cel: **3217739948**
 Dirección Actual: **Vereda el aguacate** Teléfono: **29814132**



RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14132

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
[Handwritten]	9/11/2018

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora	9 meses	2600
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	2600

[Handwritten notes]

Entrega:
Nombre: [Handwritten]

Cédula: [Handwritten] Firma

Recibe:
Nombre: [Handwritten]

Cédula: [Handwritten] Firma