

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Hijo de VIVIANA RODRIGUEZ Documento: ME 162381674 Dirección: C/4 # 19-17 Fecha: 31/11/20  
 Entidad: EPS FANTASMA Teléfono: ME 162381705 Consumo: 7/16 Autorizador:  
 Solicitante: FABIAN CASTRO Parentesco: Padre Teléfono: 3174954410

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
<u>130350058</u>	<u>RECARGA DE CILINDRO</u>	

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	<u>J</u>	<u>P</u>	<u>1</u>	<u>5</u>	<u>1</u>	C. RESPALDO	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>2</u>
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 Con/Trador	\$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 ENTREGA EL EQUIPO PROBADO Y REVISADO EN PERFECTAS CONDICIONES. PACIENTE PC1 Hora Servicio: 12:28 pm

Funcionario Entrega: MANUEL CASTILLO Documento: SPN 573

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <u>Exelente</u>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /						

**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](mailto: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 <u>Fabian Castro</u>	Firma 	Huella
Documento <u>1007252612</u>	Parentesco: <u>Padre</u>	
Teléfono <u>3174954410</u>	Cel: _____	
Dirección Actual <u>C/4 # 19-17</u>		