

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Denise Rodríguez** Documento: **25812146** (Código: **110 540 183 50**)
 Edad: **NOVA EPS** Sexo: **20178**
 Residencia: **Denise Rodríguez** Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130350183** Tipo de Servicio: **710** Observación: **Equipo funciona correctamente**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: **6** Flujo: **972** Concentración: **972** Filtro de aire: Limpio Sucio Hora Contraste: **797** Código: **0053**

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | Códigos Equipos Recogidos | | |
|----------------------------|--|--|---------------------------|--|--|
| CONCENTRADOR | | | CONCENTRADOR | | |
| C. RESPALDO | | | C. RESPALDO | | |
| REGULADOR S40 | | | REGULADOR S40 | | |
| C. PORTATIL | | | C. PORTATIL | | |
| REGULADOR 870 | | | REGULADOR 870 | | |
| CARRITO P | | | CARRITO P | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR S40 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

| Daño/Perdida | V/unid | Cant | Daño/Perdida | V/unid | Cant | Daño/Perdida | V/unid | Cant |
|-----------------------|----------|------|----------------------|----------|------|-------------------------|-----------|------|
| Filtro Examen Central | \$1.000 | | Soporte Filtro Latex | \$15.000 | | Camisa Contraste | \$150.000 | |
| Filtro Examen Latex | \$5.300 | | Máscara | \$10.000 | | Cable de Poder | \$20.000 | |
| Base Controlador | \$80.000 | | Fuente | \$30.000 | | Acoplador Humidificador | \$15.500 | |
| Rueda | \$20.000 | | Switch de Encendido | \$15.000 | | Papel Filtro | \$80.000 | |
| Espejo Filtro Central | \$15.000 | | Botón de Reset | \$10.000 | | Tapa de Filtro Interno | \$20.000 | |
| | | | | | | | | |

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

Observaciones de la Visita: **Se realiza limpieza Parametros normales cilindro vence Julio 2021**

Funcionario Entrega: **Steven Alarcón** Documento: **1024588316**

ESPACIO PARA SER DELIMITADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo, suscriptor, hago devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: **(Escribir el Motivo)**

FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MEDICA Devolución Voluntaria por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACION Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o No)

HUMIDIFICADOR
 CÁMULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| \$ | \$ | \$ | \$ 0 |

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICÓ EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación):

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, requerido por la Ley 1581 de 2010 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S. clasificada con NIT 900.481.014.0 y dirección electrónica protecciondatos@oxpro.com como en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S. queda autorizada para recibir, controlar, almacenar, usar, transferir, compartir, comunicar, procesar, actualizar, crear, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales en sus actividades, de acuerdo con las Prácticas Recomendadas con el usuario que de la Compañía y en especial para: Caracterización, Historia clínica, programas de prevención y diagnóstico, registro de incidencias diagnósticas, gestión de incidencias médicas y medicamentosa, Encuestas de Satisfacción al cliente (iguales PQMS), procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de actividades internas, Resguardo de información o los datos de servicios de acompañamiento de equipos. Confección de arbolización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Cambio de proveedores, Gestión de riesgos. Finalmente declaro que la información e datos personales que he otorgado para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S. si he suministrado de forma voluntaria y verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Fernando Londoño** PSE/IC
 Documento: **93319644** Parentesco: **Hijo**
 Teléfono: **310 4499238** Cel.
 Dirección Actual:

Fernando Londoño