

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Jose Rodriguez Documento: 13790167 Dirección: Patio bonito Anapima Fecha: 23/10/20
Entidad: Fami sanar eps Teléfono: Huo Consumo: 4L x 24h Admisión:
Solicitante: Sandra Rodriguez Parentesco: Huo Teléfono: 314 458 4354

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130 346 375 Tipo de Servicio: Recogida total Observación: OK

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Con/trador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	775AB	2020	020000-140
C. RESPALDO				C. RESPALDO	0690	0006	0000
REGULADOR 540				REGULADOR 540	1972	0006	0000
C. PORTATIL				C. PORTATIL	1732	0006	0000
REGULADOR 870				REGULADOR 870	1903	0006	0000
CARRITO P.				CARRITO P.	0603	0006	0000

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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Con/trador	\$150.000	1	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrito Portatil	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		1

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ 25.000 Valor Pagado \$ 0

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): los equipos se recogen probados y revisados en perfectas condiciones por fallecimiento del paciente, No cancela daño de equipos ya que no cuenta con el dinero.

Funcionario Entrega: Mauricio Avila Documento: JHU 625 Hora Servicio: 12:20 PM

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

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	Total
\$ 0	\$ 25.000	\$ 0	\$ 0

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 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 en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada 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: Juliet Camile Rodriguez Arvila Firma: [Firma] Huella: [Huella]
Documento: 37 69 86 83 Parentesco: Hija
Teléfono: 313 802 674 6 Cel: 313 802 674 6
Dirección Actual: Vda Andalucía