

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Ama Hurtado	Documento	24566751	Dirección	Cra 23 #32-15 B/Ametiñas	Fecha	3/12/17
Entidad	Nueva eps	Teléfono	3107858917	Consumo	2L/12H	Atención	
Solicitante	Carlos Elejalde	Parentesco	Hijo	Teléfono	3124284211		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	NN-4382B H 10204	CONCENTRADOR	NN-1239B
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	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

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		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000		Carrito de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$80.000	
Base Concentrador	\$60.000	1	Fugatina	\$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	19089	Recibo Manual	14391	Recibo CRM	231727	Valor de Daños	\$ 90.000	Valor Pagado	\$ 0
--------------	--------------	---------------	--------------	------------	---------------	----------------	------------------	--------------	-------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño)	Se entrega equipo en buenas condiciones revisado por el acudiente y se recopio equipo con faltante de filtro central y lateral y cambase tarjada	Hora Servicio	12:08
--	---	---------------	--------------

Funcionario Entrega	Juan Pablo Rodriguez	Documento	1088011256
---------------------	-----------------------------	-----------	-------------------

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro haber devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente	HUMIDIFICADOR NO
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria	CÁNULA NO
ORDEN MEDICA Por Orden Médica	TRAMPA DE AGUA NO
CAMBIO Cambio de Proveedor	
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS	

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribe la Calificación)
Cuenta Moderadora	EXCELENTE
Daño Equipo	BUENO
Otros Pagos	REGULAR
Total	MALO
\$ - - -	MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1561 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el 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 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, conservar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, imprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Calificación, Historial clínico, programas de prevención y promoción, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Calidad, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los Usuarios, Servicios de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de contacto en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, Gestión de otros. 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	Carlos Elejalde	Huella	
Documento	18387222	Parentesco	Hijo
Teléfono	3124284211	Cel	3107858917
Dirección Actual	Cra 23 #32-15 B/Ametiñas		