

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: María Chacón Documento: 20388563 Dirección: Calle 87 # 103d-31 Fecha: 2017
Entidad: NUVA EPS Teléfono: 3006012542 Consumo: Autorización:
Solicitante: Sandra Parrodo Parentesco: Teléfono: 3006012542

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	<u>Montenimiento preventivo</u>	

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	N	N	-	3	6	5	8			CONCENTRADOR	N	N	-	8	5	4	8				
C. RESPALDO	1	8	0	3	2	7	0	3	4	C. RESPALDO	J	P	1	8	0	6	2	2	1	2	7
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 entregan los equipos probados y revisados en perfectas condiciones de entrega con el humidificador nuevo y en buen estado Hora Servicio 7:52 AM

Funcionario Entrega: Juan Medina Documento: SPN 147

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)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente. ORDEN MÉDICA Devolución Voluntaria. CAMBIO Por Orden Médica. AFILIACIÓN Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> 1 CÁNULA <input type="checkbox"/> 1 TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> 0

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ 27.400</td> <td>\$ <u> </u></td> <td>\$ <u> </u></td> <td>\$ 27.400</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 27.400	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>	\$ 27.400	<p>EXCELENTE <u>Excelente</u> BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 27.400	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>	\$ 27.400						

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 protecciondatos@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 Sandra Milena Parrodo Firma Huella
Documento 82911020 Parentesco: Nieta
Teléfono 3006012542 Cel:
Dirección Actual Calle 87 # 103 D-31 Casa 104-136