

Paciente	Fecha
Angelina Nias 24358698	18/05/20

Concepto	Cantidad	Valor
Recauda Cuota Moderadora		24200
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recauda Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recauda Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portatil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
TOTAL		24200

OBSERVACIONES

Cancelan Capagos Pendientes

Entrega: Nombre: Andreina Murillo	
Cédula: 1096696306	Firma
Recibe: Nombre: Juan Pablo Rodriguez	
Cédula: 1088011256	Firma

Paciente: **Andriana Muxillo** Documento: **24358698** Dirección: **Sanjulián Finca Alto Bonito**
 Entidad: **Medi mas** Teléfono: **3117223930** Consumo: _____
 Subcedente: **Luz Muxillo** Parentesco: **muera** Teléfono: **312 278032**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: _____ Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambi Limpia Hora Contrador: _____ Código: _____

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR			CONCENTRADOR		
C. RESPALDO	D704095		C. RESPALDO	194535104	
REGULADOR 540			REGULADOR 540		
C. PORTATIL			C. PORTATIL		
REGULADOR 870			REGULADOR 870		
CARRITO P			CARRITO P		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Asesorador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujometro	\$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 cilindro lleno a 2000ps i en buenas condiciones y se recoge cilindro vacío en buen estado se entregan seguros en buen estado** Hora Servicio: **10:5**
 Funcionario Entrega: **Juan pablo Golviguez** Documento: **1000011256**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo:
 (Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO** Fallecimiento del Paciente.
- VOLUNTARIA** Devolución Voluntaria.
- ORDEN MÉDICA** Por Orden Médica
- CAMBIO** Cambio de Proveedor
- AFILIACIÓN** Estado Afiliación EPS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles
 (Escribir Sí o No)

HUMIDIFICADOR SI
 CÁNULA SI
 TRAMPA DE AGUA SI

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$24200	\$ -0-	\$ -0-	\$ 24200

- 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 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@oxiproas.com en calidad RESPONSABLE para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, compile, almacenar, usar, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto del presente Contrato 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los 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 se le ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Luz andriana muxillo** Firma: **Luz Andriana Muxillo**
 Documento: **1096646306** Parentesco: **muera**
 Teléfono: _____ Cel: **312 2780326**
 Dirección Actual: **Vereda el campal Finca Alto Bonito**