

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Denno Saavedra Nieto Documento: 51.882.939 Dirección: No 2a + 92B-12 201 Fecha: 11/5/21
 Entidad: Compensar Teléfono: 319.422.0272 Consumo: _____
 Solicitante: Dayanna Garcia Parentesco: Madre Teléfono: 319.422.0272

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130385020 Tipo de Servicio: Entrega Inicial Concentrador Observación: _____
130385021 Entrega portátil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Contrador: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos				
CONCENTRADOR	2020080000	383A			CONCENTRADOR				
C. RESPALDO					C. RESPALDO				
REGULADOR 540					REGULADOR 540				
C. PORTATIL	HF = 391508				C. PORTATIL				
REGULADOR 870	DH = 101012578				REGULADOR 870				
CARRITO P	CP = 4594				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		Adaptador Calda Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manguera	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujometro	\$60.000		Adapt. a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$60.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Bolón de Resal	\$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): Los equipos se entregan probados y revisados en perfectos condiciones se entregó canula y humidificador nuevos y en buen estado según encuesta P.C.S. Hora Servicio: 13:50

Funcionario Entrega: Juan Medina Baolista Documento: SEP 187

ESPACIO PARA SER DELEGADO 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 Fallecimiento del Paciente	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria	CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> SI
ORDEN MEDICA Por Orden Médica	TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>
CAMBIO Cambio de Proveedor	
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS	

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

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@oxiproas.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, computar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, sugerir y disponer mis datos personales a los 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 e incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares. Señalo de consentimiento 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 colinas. Finalmente declaro que la información y datos personales que he depositado para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S. se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Dayanna Garcia Saavedra Firma: _____ Huella: _____
 Documento: 4822985634 Parentesco: Hija
 Teléfono: 3194220272 Cel: 3683356
 Dirección Actual: Cra 2 A # 92B-12