

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Rigoberto montoya** Documento: **10239409** Dirección: **Cra 16 # 4B56 la Francia** Fecha: **8/14/17**
 Entidad: **NEPS** Teléfono: **3155917043** Consumo: **2/4** Atorcim:
 Solicitante: **Yolanda Lopez** Parentesco: **ESPOSA** Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: Tipo de Servicio: **Recogida** Observación: **Se pegan los Equipos ya que el paciente NO los Necesita**

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				CONCENTRADOR	N	N	
C. RESPALDO				C. RESPALDO	U	7	
REGULADOR 540				REGULADOR 540	R	L	
C. PORTATIL				C. PORTATIL	B	X	
REGULADOR 870				REGULADOR 870	O	P	
CARRITO P.				CARRITO P.	S	6	

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 Esterno Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Switch Humidificador	\$20.000	
Filtro Esterno Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Canto 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		Btón 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): Hora Servicio: **10 AM**

Funcionario Entrega: **wilson zubaga** Documento: **1060267700**

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)
Devolucion voluntaria.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR
CANULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$7000 =	\$	\$	\$7000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

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 autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, transferir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, divulgar, 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, Historia clínica, 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, transmisión de información a los titulares, Servicios de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Cálculo 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 me ha suministrado de forma voluntaria y en verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Yolanda Lopez** Documento: **24322598** Parentesco: **ESPOSA**
 Teléfono: **3155917043** Dirección Actual: **Cra 16 # 4B56 la Francia Vanizales**

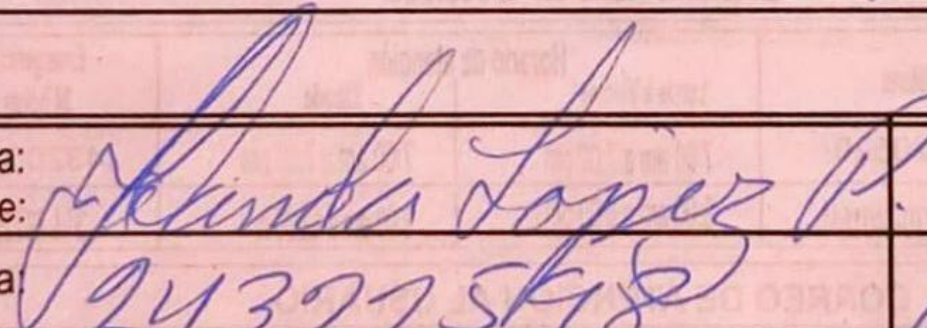
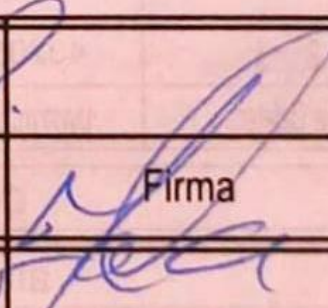
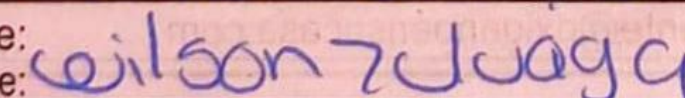

Firma: **Yolanda Lopez Perez** Huella: **24322598**

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Ricoberto Montoya	8-9-71

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		\$ 7000
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	\$ 7000=

Entrega:		
Nombre:		
Cédula:	24377548	Firma
Recibe:		
Nombre:		
Cédula:	1060267700	Firma