

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **GLORIA JIMENEZ** Documento: **20758170** Dirección: **Cra 4 N° 1-59 Nemocón**
 Entidad: **TAMISANAR** Teléfono: **3123038204** Contorno: **2L x 24H**
 Solicitante: **CARMEN RODRIGUEZ** Parentesco: **Hija** Teléfono: **3123038204**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130418295** Tipo de Servicio: **ENTREGA POR TRASTEIO** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 879				REGULADOR 879			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 879 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 Externo Central	\$5.000	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Contrador	\$150.000	1	Arbolamiento Sonda Humidificador	\$25.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrito Portatil	\$25.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 879	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **SE ENTREGA EL EQUIPO PROVAPO REVISADO EN PERFECTAS CONDICIONES, LA ENTREGA SE REALIZA POR TRASTEIO** Hora Servicio: **8:53**

Funcionario Entrega: **MICHEL SANTOS** Documento: **SPN-573**

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)

FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACION Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

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 consentimiento 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 recibir, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, suprimir y disponer mis datos personales así 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 preservación 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 Estados, 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 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: **Carmen E Rodriguez J.** Firma: **Carmen Elvira Rodriguez J.**
 Documento: **20759081** Parentesco: **Hija**
 Teléfono: **3123038204** cel:
 Dirección Actual: **Cra 4 N° 1-59 Nemocón**