

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Hijo De montay 9	Documento	1089721872	Dirección	CL 10#5-14	Fecha	29/8/2017
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3207824278	Consumo		Autorización	
Solicitante	Juan Camilo Herrera	Parentesco	Padre	Teléfono			

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130418002	Tipo de Servicio	Recogida	Observación	
------------	-----------	------------------	----------	-------------	--

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	------------------	--------

**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	B	2	5
REGULADOR 870				REGULADOR 870	M	1	1
CARRITO P				CARRITO P	C	P	5

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

**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/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo 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 Recogen equipos en buenas condiciones revisados se recoge portatil cilindro regulador y carrilo en anserma ya que los otros equipos estan en manizalee  
 Funcionario Entrega: Gustavo Jaramila Documento: 1114398749 Hora Servicio: 1045

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b>	<b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b>
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo (Escribir el Motivo) <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS. <u>entrega voluntaria</u>	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) <b>HUMIDIFICADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>CÁNULA</b> <input type="checkbox"/> <b>TRAMPA DE AGUA</b> <input type="checkbox"/>

<b>PAGOS</b>	<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>								
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	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	<b>EXCELENTE</b> <b>BUENO</b> <b>REGULAR</b> <b>MALO</b> <b>MUY MALO</b> <u>excelente</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@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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	Juan Camilo Herrera	Firma		Huella	
Documento	1089038880	Parentesco	Padre		
Teléfono	3209217280	Cel.	3207824278		
Dirección Actual	CL 10#5-14 anserma C.				