

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	EMA Salamanca	Documento	202102995	Dirección	CR 79 # 51A 10 Sur	Fecha	13/8/22
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3118896616	Consumo		Autorización	
Solicitante	Adriano Varon	Parentesco	Hija	Teléfono	311-8896616		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Oximetria Mantenimiento en domicilio	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	5.7	Flujo	2	Concentración	68	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador		Código	
------------	-----	-------	---	---------------	----	----------------	---	-----------------	--	--------	--

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	1	1	1	8	0	CONCENTRADOR					
C. RESPALDO						C. RESPALDO					
REGULADOR 540						REGULADOR 540					
C. PORTATIL						C. PORTATIL					
REGULADOR 870						REGULADOR 870					
CARRITO P.						CARRITO P.					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO
--------------	-------------------------------------	----	-------------	-------------------------------------	----	----	-------------	-------------------------------------	----	----	---------------	-------------------------------------	----	----	---------------	-------------------------------------	----	----	---------	-------------------------------------	----	----

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/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000				
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito 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		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).	Hora Servicio

Funcionario Entrega: Albero Orengo Documento: SMO 116

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO 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. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

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 <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/>
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 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 <u>Adriana P. Borja S</u>	Firma	Huella
Documento <u>52350065 BH</u> Parentesco: <u>Hija</u>		
Teléfono <u>3118896616</u> Cel: <u>3118896616</u>		
Dirección Actual <u>Kra 79 # 51A 10 Sur</u>		