

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Juan de Dios Marquez Documento: 2524651 Dirección: Calle 6 sur N 14-60 Fecha: 18/5/17
Entidad: Nueva EPS Teléfono: _____ Consumo: _____ Autorización: _____
Solicitante: Sandra Marquez Parentesco: Hija Teléfono: 300575649

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 1 Tipo de Servicio: Recogida total Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/traidor: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	2	0	2
C. RESPALDO				C. RESPALDO	0	2	1
REGULADOR 540				REGULADOR 540	0	4	1
C. PORTATIL				C. PORTATIL	2	1	0
REGULADOR 870				REGULADOR 870	1	0	1
CARRITO P.				CARRITO P.	2	1	0

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI NO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	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		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): Se recogen los equipos en buen estado por orden medica Hora Servicio: 013:15

Funcionario Entrega: Sandra Cortes Documento: JKU 625

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 MÉDICA** Por Orden Médica.
- CAMBIO** Cambio de Proveedor.
- AFILIACIÓN** 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

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 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 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 Origen de atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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: Sandra Marquez Firma: _____ Huel: _____
Documento: 52170215 Parentesco: Hija
Teléfono: 3005756491 cel: 3005756491
Dirección Actual: Cll 6 sur 14-60 Casa 2b Arboleda 170