

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Mario Moreno	Documento	94 250873	Dirección	Cra 8 # 12-47 Calcedonia	Fecha	30/08/17
Entidad	N. Eps	Teléfono	310 3502835	Consumo	3L/24H	Autorización	-
Solicitante	El paciente.	Parentesco	-	Teléfono	-		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130592543	Tipo de Servicio	Manten. a Domicilio	Observación	130592683	Recarga no justificada
	130592683		Entrega Desechables			

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	79	Flujo	3L	Concentración	95.2	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	11:25	Código	NN-4478
------------	----	-------	----	---------------	------	----------------	--	-----------------	-------	--------	---------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR					
C. RESPALDO	1	9	4	3	4	C. RESPALDO	7	6	8	7	0
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"/>	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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/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).
Equipo trabajando con normalidad. Se entregan desechables en excelente estado. Se realizó recarga no justificada y se dejó en cartera para que el paciente no trabaje dinero. Valor 39 mil.
Hora Servicio: 13:46

Funcionario Entrega: J. Andres Aguado P. Documento: 6119281

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 SI
CÁNULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

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 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, 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	Mario Moreno	Firma	<u>[Firma]</u>	Huella	
Documento	94 250873	Parentesco	El paciente.		
Teléfono	310 3502835	cel:	310 3502835		
Dirección Actual	Cra 8 # 12-47 Calcedonia				