

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Rigoberto Zambrano	Documento	4227276	Dirección	Via San Miguel - Bañal	Fecha	28/6/21
Entidad	NUOVA EPS	Teléfono	3142889128	Consumo	ZOL	Autorización	
Solicitante	Francisca Castañeda	Parentesco	Conyugue	Teléfono	3142889128		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130395730	Tipo de Servicio	Mante. Domicilio	Observación	OK
------------	-----------	------------------	------------------	-------------	----

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 7.0 | Flujo 2.0 | Concentración 95.3 | Filtro de aire Cambio Limpieza | Hora Contrador 13096 | Código MA-1130B

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 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR NO C. RESPALDO NO C. PORTATIL NO REGULADOR 540 NO REGULADOR 870 NO CARRITO 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): Se realiza limpieza equipo OK, cilindro vacío llamare para solicitar recarga, Cancela Cm Hora Servicio 10:39

Funcionario Entrega: Steven Alarcon Documento: 7029588816

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora \$ 20900	EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> Excelente
Daño Equipo \$ 0	BUENO
Otros Pagos \$ 0	REGULAR
Total \$ 20900	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 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	Francisca Castañeda	Firma	Huella
Documento	35515790	Parentesco:	Conyugue
Teléfono	3142889128	Cel:	
Dirección Actual	Via San Miguel - Barandillas		