

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: *Silvia Lidya* Documento: *26785069* Dirección: *CL 151B 1* Fecha: *24/02/17*
Entidad: *Servisa wool* Teléfono: _____ Consumo: _____ Autorización: _____
Solicitante: *Judit Villoruel* Parentesco: *hija* Teléfono: *3112217625*

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: *130424258* Tipo de Servicio: *mante rimbando central Técnico* 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	<i>5N0147695</i>			CONCENTRADOR	<i>775m82020030000169</i>		
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 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/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000	<i>1</i>	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 realiza cambio del equipo a petición de la familia, presento inconsistencias en ocasiones para filtro central* Hora Servicio: *08:40 PM*
Funcionario Entrega: *Soler Malute* Documento: *5PA/143*

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 NO
CÁNULA NO
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
Cuota Moderadora \$ _____ Daño Equipo \$ *5000* Otros Pagos \$ _____ Total \$ _____

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 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: *Judit Villoruel* Documento: *87408521* Parentesco: *Hija* Teléfono: _____ Cel: *311 220 2776*
Firma: _____ Huella: _____