

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente: Ana Lopez	Documento: 20340062	Dirección: Cl # 8 # 69 # 30	Fecha: 14/2/17
Entidad: Nueva EPS	Teléfono: 310251172	Consumo: 2 litro x 24 H	Atención:
Solicitante: German Gomez	Parentesco: Hijo	Teléfono: 310251172	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden: 130448909 130448908	Tipo de Servicio: Mantenimiento a domicilio y Entrega de desechables Recogido lote por vencer	Observación:

Presión O2: 65	Flujo: 2 litro	Concentración: 92	Filtro de aire: <input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador: 23356	Código: NU-2438
----------------	----------------	-------------------	--	-----------------------	-----------------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO													
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos							
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR							
C. RESPALDO	J	P	±	5	±	7	2	9	0	0	8		
REGULADOR 540						C. RESPALDO	0	7	0	5	0	5	5
C. PORTATIL						REGULADOR 540							
REGULADOR 870						C. PORTATIL							
CARRITO P.						REGULADOR 870							
						CARRITO P.							

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<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 Contrador	\$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: <input type="checkbox"/>	Recibo CRM: <input type="checkbox"/>	Valor de Daños \$:	Valor Pagado \$:
---------------	---	--------------------------------------	--------------------	------------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Equipo funcionando dentro de los parametros Se entrega desechables nuevas. Se recoge equipo 0705055 pero en sistema tiene el 0702073.

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: SPN 573

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) FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> 090919 CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> 10628A TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora: \$ <u> </u> Daño Equipo: \$ <u> </u> Otros Pagos: \$ <u> </u> Total: \$ <u> </u>	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/>

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>GERMAN GOMEZ</u>	Firma:
Documento: <u>79359653</u> Parentesco: <u> </u>	Huella: <u> </u>
Teléfono: <u>310251172</u> cel: <u>310251172</u>	
Dirección Actual: <u>CLL 8 # 69 A 30 Edif. N</u>	