

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Jaime Salamanca Documento: 2914066 Dirección: Cll 153 # 97B-30 Fecha: 19/02/22
 Entidad: _____ Teléfono: 3058560995 Consumo: 2L Autorización: _____
 Solicitante: Hernando Salamanca Parentesco: Hijo Teléfono: 3058560995

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130450840 Tipo de Servicio: Recogido total Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

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

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	///	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 recogen equipos en buen estado por fallecimiento del paciente. visita PC-I

Funcionario Entrega: Walter Rey Soler Documento: SPN 187

Hora Servicio: 10:30

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

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR NO
 CÁNULA NO
 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, suplir 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, cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ya ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Gilma Daza Documento: 41642694 Parentesco: Familiar
 Teléfono: 3005600338 Cel: _____ Dirección Actual: Cll 153 # 97B-30

Firma: Gilma Daza Huella: _____