

Paciente: Ana Quevara		INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN		Fecha: 7/1/22
Entidad: Famisanav EPS	Documento: 20519131	Dirección: Cva 5a #482-27	Consumo: 	Autorización:
Solicitante: 	Teléfono: 	Parentesco: 	Teléfono: 	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden: 130441246	Tipo de Servicio: Recogida total	Observación: OK

Presión O2: 	Flujo: 	Concentración: 	Filtro de aire: <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor: 	Código:
----------------------	-----------------	-------------------------	---	----------------------------	------------------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO									
Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos				
CONCENTRADOR					CONCENTRADOR	ND-2849B			
C. RESPALDO					C. RESPALDO				
REGULADOR 540					REGULADOR 540				
C. PORTATIL					C. PORTATIL	HA 405525			
REGULADOR 870					REGULADOR 870	CP 10900738			
CARRITO P.					CARRITO P.				

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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/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): **los equipos se recogieron, probados y revisados en perfectas condiciones por fallecimiento del paciente**

Hora Servicio: **11:18 AM**

Funcionario Entrega: **Mauricio Aulan** Documento: **SPN 187.**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

<p style="text-align: center;">RECOGIDA DE EQUIPOS</p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p>FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em; color: #0070C0;">fallecimiento</p>	<p style="text-align: center;">CONSUMIBLES RECIBIDOS</p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p style="text-align: center;">PAGOS</p> <p>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	<p style="text-align: center;">CALIDAD DEL SERVICIO</p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE x Excelente.</p> <p>BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

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 a 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

<p>Nombre: Luis A Hernández</p> <p>Documento: 3.074522 Parentesco: </p> <p>Teléfono: 7921598 Cel: </p> <p>Dirección Actual: Cra 5a #482-27 Sur</p>	<p style="text-align: center;">Firma</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em;"><i>Luis A Hernández</i></p>	<p style="text-align: center;">Huella</p>
--	---	---