

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Blanca Lilia Giraldo
Entidad: N. EPS
Solicitante: Juan Jose Hurtado
Documento: 29002382
Dirección: Av. 30 De Agosto # 73-51
Teléfono: 3453192
Consumo: 3L/16H
Parentesco: Nieta
Fecha: 25/07/22

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130485696
Tipo de Servicio: Recogida Total
Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Con/trador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	00	21	908
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540	94	07	144
C. PORTATIL				C. PORTATIL	19	05	0894
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.	CP	05	65

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 buenas condiciones.
Funcionario Entrega: J. Andres Agudelo P. Documento: 611928

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo:
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA: Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MÉDICA: Devolución Voluntaria.
CAMBIO: Por Orden Médica.
AFILIACIÓN: Cambio de Proveedor.
Estado Afiliación EPS: Orden Medica.

CONSUMIBLES RECIBIDOS
Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
HUMIDIFICADOR
CÁNULA
TRAMPA DE AGUA

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, 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: Juan Jose Hurtado
Documento: 1.088.311.128
Teléfono: 3117240907
Dirección Actual: AV. 30 De Agosto # 73-51 con avaral 2, cs 48 Pereira
Parentesco: Nieta
Cel: 3122587564
Firma: Juan Jose Hurtado P.
1088311128