

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Wilhan Andrus Rojas	Dirección: 1034545860	Observación: calle 17A # 16A-25	Fecha: 27 de 06 de 2022
Entidad: Nueva EPS	Teléfono: 312601059	Consumo:	
Solicitante: Melisa Urrego	Parentesco: Prima	Teléfono: 3168889874	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Servicio tecnico	Se le hacen las pruebas al equipo y este trabajando en buenas condiciones

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo: 02	Concentración	Filtro de aire: Carbón / Activado	Hora Contador: 1682	Código
------------	------------------	---------------	--	----------------------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
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	<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/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Caroseta Contenedor	\$150.000		Aspirador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$80.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Pajetones	\$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		Bases de Resal	\$15.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Revisión): **Se le informa al paciente que en otra visita para servicio tecnico y el equipo llegué a estar bueno si le cobinara la visita cilindro en cara A9682147 con 1500 PSI**

Fecha Servicio: **9:40 AM**

Funcionario Entrega: _____ Documento: _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro haber devuelto de los Equipos de Origen 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 Sí o No):

HUMIDIFICADOR

CÁNULA

TRAPA 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 Sistema General de Habeas Data, regulado por la Ley 1251 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Consentido, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-2 y domicilio en Bogotá, sede en ciudad de Bogotá, a que trate mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recibir, consultar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, duplicar, transferir, transmitir, depositar, registrar y disponer mis datos personales así suministrados, de acuerdo con las finalidades referenciadas con el objeto social de la Compañía y en especial para: Calificación, Notificación, Atención al Cliente, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de lecturas médicas y medicación, Educación de Pacientes, atención al cliente (gestión PORS), procedimientos administrativos, cumplimiento y cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de suscripciones, renovación de suscripciones, Servicio de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de contacto en el momento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he suministrado por parte de OXIPRO S.A.S en la conformidad de forma veraz, cierta y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Melisa Urrego** Firma: _____

Documento: **1016014871** Parentesco: **Prima** Huella: _____

Teléfono: **3168889874** Cel: _____

Dirección Actual: **Calle 17A # 16A 25 Vivero U. Doña** **Melisa Urrego**