

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Manuel Rodríguez Documento: 3224327 Dirección: N. Pomada Flores Fecha: 08/03/22
Entidad: AVAR EPS Teléfono: 3112935846 Consumo: 2 litros y 24 ml
Solicitante: Irene Escobar Parentesco: Conyugue Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130455520 Tipo de Servicio: Recepción filtro no justificada Observación: 130455522 El de desechables
130455521 Mantenimiento a domicilio

REVISIÓN TÉCNICA

Flujo: 62 Concentración: 92 Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Contrador: 13686 Código: MN-6498

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR										CONCENTRADOR									
RESPALDO	<u>1</u>	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	C. RESPALDO	<u>0</u>	<u>6</u>	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>8</u>	<u>6</u>		
REGULADOR 540										REGULADOR 540									
PORTATIL										C. PORTATIL									
REGULADOR 870										REGULADOR 870									
CARRITO P.										CARRITO P.									

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Año/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Filtro Central	\$15.000		Bolón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Acciones Visita: Equipo funcionando dentro de los parámetros nominales
Se entrega equipo probado y revisado en perfectos condiciones Hora Servicio: 9.24 Ad
Abonar \$5000 a los cuotas adeudados - 177.500 Saldo
Usuario Entrega: Santiago Lopez Documento: SPA 573

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Para hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

CAUSAS DE DEVOLUCIÓN:
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
DEVOLUCIÓN VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MÉDICO Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR 090919
CÁNULA 10628A
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

VALOR LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Derivadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
<u>300</u>	<u>\$</u>	<u>\$140.000</u>	<u>\$227.500</u>

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

NOTIFICACIÓN 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 formato, 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 de la información, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, divulgar, publicar, 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 entidad 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 (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, mantenimiento 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 recursos. Yo 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: Irene Escobar Parentesco: Esposa
Tel: 3112935846
Dirección: N. Pomada Flores

Firma: Irene Escobar Huella: