

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Juan Mejia	Documento	14931514	Dirección	B. El recuerdo CS 111A	Fecha	21/08/13
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3135195617	Consumo	2Lts/24h	Atención	
Solicitante	Sandra Mejia	Parentesco	hija	Teléfono	3155195617		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130526255	Tipo de Servicio	Mantenimiento Concentrador	Observación	No enciende - Boton encendido
------------	-----------	------------------	----------------------------	-------------	-------------------------------

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	<input checked="" type="checkbox"/>	Flujo	<input checked="" type="checkbox"/>	Concentración	<input checked="" type="checkbox"/>	Filtro de aire	<input checked="" type="checkbox"/>	Cambio	<input checked="" type="checkbox"/>	Limpieza	<input checked="" type="checkbox"/>	Hora Con/traidor	<input checked="" type="checkbox"/>	Código	NN-3521B
------------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	----------------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	----------	-------------------------------------	------------------	-------------------------------------	--------	----------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	NN-716B	CONCENTRADOR	NN-3521B				
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"/>	NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
--------------	-------------------------------------	----	-------------	-------------------------------------	----	-------------	-------------------------------------	----	---------------	-------------------------------------	----	---------------	-------------------------------------	----	---------	-------------------------------------	----

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): **Se hace cambio de concentrador presentando falta boton de encendido**

Hora Servicio: **11:15**

Funcionario Entrega: **Julian Valencia** Documento: **1088039268**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS		CONSUMIBLES RECIBIDOS	
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)	
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.		HUMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/> NO
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.		CÁNULA	<input type="checkbox"/> NO
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.		TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/> NO
CAMBIO Cambio de Proveedor.			
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.			

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	excelente	
\$	\$	\$	\$		
				EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO	

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 de Jesus Mejia	Firma	Huella
Documento	14931514	Juan M.	
Teléfono	3135195617		
Dirección Actual	B. El Recuerdo Casa 111A		