

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	ROJA BOTIA	Documento	74 079 682	Dirección	CR 94 B H 130 A 15	Fecha	14-08-17
Entidad	COMPENSAR	Teléfono	320 44 1077	Consumo		Autorización	
Solicitante	GLORIA GOMEZ	Parentesco	Hija	Teléfono			

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130568714 130567809	REPARACION TECNICA. RECARGA PORTATIL.	

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	7	F	S	M	7070030000193	CONCENTRADOR	M	J	5	5	307960
C. RESPALDO						C. RESPALDO					
REGULADOR 540						REGULADOR 540					
C. PORTATIL	2	7	0	7	8081771	C. PORTATIL	B	X	6	8	4223
REGULADOR 870						REGULADOR 870					
CARRITO P.						CARRITO P.					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input 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/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	1	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 CAMBIA EQUIPO POR CABLE DE PODER DAÑADO DE HACER REPORTE EN O.S. MANUAL, NO EN SISTEMA. SE RECARGA PORTATIL. SE ENTREGA CONCENTRADOR EN BUEN ESTADO.
Hora Servicio: 07:20

Funcionario Entrega: FABIAN FLOREZ Documento: SPN 1A7

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 VOLUNTARIA	Fallecimiento del Paciente.	HUMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
ORDEN MÉDICA	Devolución Voluntaria.	CÁNULA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
CAMBIO	Por Orden Médica.	TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
AFILIACIÓN	Por Orden Médica.		
	Cambio de Proveedor.		
	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	
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	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	GLORIA GOMEZ PER	Firma	GLORIA GOMEZ PER	Huella
Documento	5234426	Parentesco:	hija	
Teléfono	320441017	Cel:		
Dirección Actual	CR 94 B H 130 A 15			