

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FUNCIONARIO

ORDEN DE SERVICIO ADICIONAL

Nro. Orden: **130570020** Tipo de Servicio: **RECUBRIDA TOTAL** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión OJ: Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	3	1	0
REGULADOR 540				REGULADOR 540	2	0	1
C. PORTATIL				C. PORTATIL	0	2	1
REGULADOR 870				REGULADOR 870	0	6	6
CARRITO P				CARRITO P	0	6	3
							8
							9

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fugometro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Boton 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 RECIBEN LOS EQUIPOS DE PACIENTE REPARADO, SE RECOGE CARRITO PORTATIL SIN REGULADOR 870.** Hora Servicio

Funcionario Entrega: **MIGUEL SANTOS** Documento: **JRY-874**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro haber devolucion de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente
VOLUNTARIA Devolucion Voluntaria
ORDEN MEDICA Por Orden Medica
CAMBIO Cambio de Proveedor
AFILIACION Estado Afiliacion EPS

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 Moderadores: \$ **4.100**
 Daño Equipo: \$ **—**
 Otros Pagos: \$ **590.000**
 Total: \$ **594.100** *No pago*

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificacion)

EXCELENTE
 BUENO
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO

OBSERVACIÓN

Observación area

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 su empresa en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, 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 PORS), 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, Custodia y gestión de información y bases de datos, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Buenaventura Botto** Firma: *Buenaventura Botto*
 Documento: **19104007** Parentesco: **Aguelo** Huella:
 Teléfono: **3014251828** Cel: **3014251828**
 Dirección Actual: