

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Laura Rosa Castro	Documento	24278558	Dirección	Calle 53B #6-64 Solferino	Fecha	21/03/23
Entidad	Mela EPS	Teléfono	3102783544	Consumo	2Lbx24h	Atención	
Solicitante	Ruben Castro	Parentesco	hijo	Teléfono	3203110528		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Servicio tecnico	Equipo Presenta alarma E1 Se recibe en buenas condiciones

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	5.7	Flujo	87.5	Concentración	Filtro de aire	<input checked="" type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor	12351	Código	NN-4512B
------------	-----	-------	------	---------------	----------------	---	------------------	-------	--------	----------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	NN	-	4	9	02B	CONCENTRADOR	NN	-	4	5	12B
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"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<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/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 realiza cambio de concentrador en buenas condiciones revisado presentando alarma E1, el cilindro se encuentra con 2500PS	Hora Servicio	11:30
---	---	---------------	-------

Funcionario Entrega:	Jollian Valencia	Documento:	1088039268
----------------------	------------------	------------	------------

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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 SI o NO)

- HUMIDIFICADOR NO
- CÁNULA NO
- TRAMPA DE AGUA NO

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 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 NIT900.481.014-0 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	Ruben Castro	Firma		Huella	
Documento	75070217	Parentesco:	hijo		
Teléfono	3102783544	Cel:	3203110528		
Dirección Actual	Calle 52B #6-64 Solferino				