

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	JOSE SEGURA FAMILIAR.	Documento	7927791	Dirección	BA 20 # 54192	Fecha	230823
Entidad		Teléfono	3203031219	Consumo		Autorización	
Solicitante	NOBIA PEÑUELA	Parentesco	HITA	Teléfono			

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130555662.	RECOGIDA TOTAL	EQUIPOS EQUIPO BASE ROTA.

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				CONCENTRADOR	M	Z	J
C. RESPALDO				C. RESPALDO	9	2	1
REGULADOR 540				REGULADOR 540	R	R	1
C. PORTATIL				C. PORTATIL	P	P	2
REGULADOR 870				REGULADOR 870	2	2	0
CARRITO P.				CARRITO P.	3	3	0

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		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000	1	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 \$ 20.000	Valor Pagado \$ 0.
--------------	---------------	------------	--------------------------	--------------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
 SE RECOPEN LOS EQUIPOS EL CONCENTRADOR TIENE LA BASE ROTA MANIFIESTA FIAR DEL PACIENTE QUE SE LO ENTREGARON ASI. NO CANCEA DAÑOS DE INTERNA A SOPORTE
 Hora Servicio: 01:41

Funcionario Entrega: **CRISTIAN MARTINEZ** Documento: **OPN 147**

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) FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR NO CÁNULA NO TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ 4.100</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 4.100</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 4.100	\$ 0	\$ 0	\$ 4.100	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE X BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 4.100	\$ 0	\$ 0	\$ 4.100						

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 Nobia Peñuela	Firma	Huella
Documento 52011121 Parentesco: hijo		
Teléfono 3203031219 Cel:		
Dirección Actual K2 D #54192 Sur		