

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Jose Rodriguez** Documento: **775580** Dirección: **El 38 Sur # 72-44 SW**
 Ciudad: **Medellin** Teléfono: **310 832444**
 Beneficiario: **Wilfrida Rodriguez** Parentesco: **Tercera Persona**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130 639 074** Tipo de Servicio: **Recogido de equipos** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Tandas: Tensión: Hora Contrato: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	A	A	34878
C. RESPALDO				C. RESPALDO	J	9	2789083
REGULADOR 540				REGULADOR 540	K	K	232050
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P				CARRITO P			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant
Filtro Externo Central	\$4.000	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Controlador	\$150.000		Fuente de Alimentación	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manga	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cable Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fulgurmetro	\$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 Rembo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (Descripción del daño): **Se recoge equipos en buen estado por Voluntad propia no uso. A ultima hora el concentrador es entregado en Medellín 10/12 Am**

Funcionario Entrega: **Santiago Lopez** Documento: **JRY 374**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

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 MEDICA Por Orden Médica
CAMBIO Cambio de Proveedor
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS
Voluntad Propia

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir el No):
 HUMIDIFICADOR
 CANNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

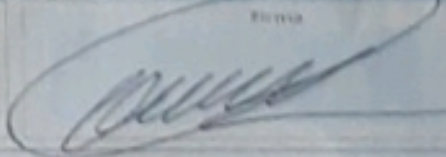
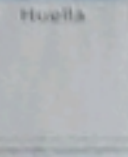
Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Pago Total
\$	\$10.000	\$	\$10.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE
 BUENO **B**
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Regimen General de Habeas Data, requerido por la Ley 1591 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, solicito de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900 401 014 0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxpro.com como el titular de **RESPONSABLE** para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizada para recibir, almacenar, usar, conservar, compartir, consultar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, divulgar, 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 referencias médicas y medicamentos, Ejecución de Órdenes, atención al cliente (gestión FORO), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de afiliaciones internas, Normas de información a los Usuarios, Servicios de entrenamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de pacientes en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Cobros de Inversión, Gestión de cobros. Firmemente declaro que la información y datos personales que he depositado para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y al servicio.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Wilfrida Rodriguez** Firma: 
 Documento: **7715677** Parentesco: **Sobrina** Huella: 
 Teléfono: **320 8555636** cel.
 Dirección Actual: **el 38 # 72-44 SW**