

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Victor Canón Morales  
 Entidad: Nueva EPS  
 Solicitante: Hoover Morales  
 Documento: 1374650  
 Teléfono: 3168284942  
 Parentesco: Hijo  
 Dirección: [ ]  
 Consumo: 3/18  
 Fecha: [ ]

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: [ ] Flujo: [ ] Concentración: [ ] Filtro de aire:  Cambio  Limpieza [ ] Hora Contrador: [ ] Código: [ ]

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	NN-2552B			CONCENTRADOR	NN-2419B		
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  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 Salina Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fujómetro	\$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): [ ] Hora Servicio: 13:35

Funcionario Entrega: Con Ajustado Documento: 1.098243482

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO)
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> SI CÁNULA <input type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$13.600</td> <td>\$</td> <td>\$15.000</td> <td>\$28.600</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$13.600	\$	\$15.000	\$28.600	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <b>EXCELENTE</b>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$13.600	\$	\$15.000	\$28.600						

**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 presentar Contrato, autorizo de manera voluntaria, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-8 y dirección electrónica [protecciondedatos@oxiprosas.com](mailto: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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar actualiza, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares Servicios de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, Gestión y 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	Documento	Parentesco	Teléfono	Dirección Actual	Firma	Huella
Hoover Morales	15.920752	Hijo	3168284942	Puerto Viejo	[Firma]	[Huella]