

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	PEDRO MONTENEGRO	Documento	297885	Dirección	VEREDA ALTO GRANDE
Entidad	FAMILIAR	Teléfono	3195698577	Consumo	2lt x 24h
Solicitante	PEDRO ANTONIO MONTENEGRO	Parentesco	Hijo	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden		Observación
	RECARGA CILINDRO MANTENIMIENTO INJUSTIFICADA	

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	6.2	Flujo	2lt x 24h	Concentración	96.4
Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/Trador	23774	Código
					NN-577B

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR					
C. RESPALDO	1	9	0	9	4	C. RESPALDO	1	9	0	0	8
REGULADOR 540						REGULADOR 540					
C. PORTATIL						C. PORTATIL					
REGULADOR 870						REGULADOR 870					
CARRITO P.						CARRITO P.					

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
										<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
											<input type="checkbox"/> SI

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		Carrilo 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 ENTREGA EL EQUIPO PRUBADO Y AVALUADO EN PERFECTAS CONDICIONES, EL CONCENTRADOR SE ENCUENTRA TRABAJANDO CON LOS PARAMETROS NORMALES

Hora Servicio: **4:50**

Funcionario Entrega: **MANUEL CASTILLO** Documento: **SPN 573**

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)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> 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>\$</td> <td>\$</td> <td>\$30.000</td> <td>\$30.000</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$30.000	\$30.000	EXCELENTE BUENO Bueno REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$30.000	\$30.000						

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	Pedro Montenegro Alarcón	Firma
Documento	79062886	Huella
Teléfono	3219652321	
Dirección Actual	ALTO grande	
Parentesco:	hijo	
Cel:		
		Pedro Montenegro