

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Rafael Mojica** Documento: **28995587** Dirección: **N/A 27-102 Cs 5** Fecha: **14/8/17**
 Entidad: **Famucapox** Teléfono: _____ Consumo: **5.724** Atención: _____
 Solicitante: **Jenny Fonseca** Parentesco: **Esposa** Teléfono: **313 2944382**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: **Servicio tecnico** 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	BUBO116340830		CONCENTRADOR	7F10AB2020620000004	
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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Contrador	\$150.000	1	Adaptador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manga	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Tarjeta Humidificador	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt. a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		

Nro. Reporte: _____ Recibo Manual: _____ Recibo CRM: _____ Valor de Daños \$: _____ Valor Pagado \$: _____

Observaciones de la visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se Cambio Equipo por Falla Interna Se Apaga Muy Seguido el Equipo Se Entrega Probado y Revisado en perfectas condiciones Cilindro en 1300 libra 20-01-23 PC 1.**

Funcionario Entrega: **Juan Medina Bautista** Documento: **SPN 187**

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 <input type="checkbox"/> 11814 CÁNULA <input type="checkbox"/> 07020 TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora: \$14.000 Daño Equipo: \$ / Otros Pagos: \$ / Total: \$14.000	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación): EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Excelente

AUTORIZACIÓN NAVEGATA En cumplimiento del Régimen General de Protección de Datos, 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 OXPRO S.A.S (devenida con NIT 900.481.014-0) dirección electrónica protecciondatos@oxprosa.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compile, almacenar, usar, circular la Compañía y en especial para Capacitación, Reducción de costos, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, 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 datos. Finalmente declaro que la información y datos personales que he depositado para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Jenny Fonseca** Documento: **20469792** Parentesco: **Esposa**
 Teléfono: **313 2944382** Cel: **031-8611355**
 Dirección Actual: **Chia**

Firma:  Huella: _____