

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	OMAR PALACIO	Documento	41370770	Dirección	MAH 20 B/ la Clavita / esta 31 de
Entidad	mediana eps	Teléfono	3126500381	Consumo	2L/24H
Solicitante	leidy palacio	Parentesco	Hija	Teléfono	7321152

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			NN-2767B
C. RESPALDO				C. RESPALDO			GA 132027
REGULADOR 540				REGULADOR 540			RR-24752B
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" 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 Contrador	\$150.000		Actuador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Botón Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Se recogen equipos en buenas condiciones físicas revisados acudiente manifiesta que se podría aldar con los copagos lo mas pronto posible

Funcionario Entrega: *Juan Pablo Rodríguez* Documento: *108501256*

Hora Servicio: *11:20*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

REGOCIDA DE EQUIPOS		CONSUMIBLES RECIBIDOS	
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) <i>Voluntaria</i>		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> NO CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO	

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	<i>excelente</i>	
\$ - - -	\$ - - -	\$ - - -	\$ - - -		

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 proteccion@oxipro.com, para recolectar, corregir, actualizar, usar, otros RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para 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 reclamos médicos y medicamentosos, Ejecución de Operaciones de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envió de comunicaciones, Control de Inventario, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S lo he suministrado de forma voluntaria y en conciencia.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO		Firma
Nombre	<i>leidy palacio</i>	<i>LEIDY DIANA PALACIO</i>
Documento	<i>41950911</i>	<i>41 950 911</i>
Teléfono	<i>7321152</i>	
Parentesco	<i>Hija</i>	
	<i>3126500381</i>	
	<i>B/la Clavita</i>	