

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	Rosalba Silva	Documento	203 36407
Entidad	Servi Salud	Teléfono	3107640420
Solicitante	Nohora Silva	Parentesco	Hermana
		Dirección	Cra 57 # 148 - 27
		Consumo	
		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130 365931	Mantenimiento Concentrador	OK

REVISIÓN TÉCNICA							
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Cambio	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO							
Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	7F10 AB 2020020000009	CONCENTRADOR	7F10 AB 2020020000005	C. RESPALDO		C. RESPALDO	
REGULADOR 540		REGULADOR 540		C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870		CARRITO P.		CARRITO P.	

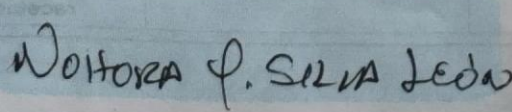
EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO							
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant	
\$5.000		Filtro Externo Central	\$15.000		Soporte Filtro Lateral	\$150.000		Carcasa Con/trador	\$20.000		Adaptador Salida Humidificador
\$5.000		Filtro Externo Lateral	\$50.000		Manija	\$20.000		Cable de Poder	\$80.000		Carrito Portatil
\$80.000		Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$15.000		Adapt a Humidificador	\$80.000		Regulador 870
\$20.000		Rueda	\$15.000		Switch de Encendido	\$80.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540
\$15.000		Soporte Filtro Central	\$10.000		Botón de Reset	\$20.000		Tapa de Filtro Interno			Otros

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño). Se cambia el concentrador por Baja Oxigenación. Se entrega uno probado y revisado en perfectas condiciones. el cilindro se encuentra en 1500 y vence el 02/08/2022. P-C1				Hora Servicio
Funcionario Entrega: Mauricio Avilan			Documento: SPN-142	

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 MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	CONSUMIBLES RECIBIDOS Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>								
PAGOS HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	CALIDAD DEL SERVICIO CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

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	NOHORA P. SILVA LEÓN	
Documento	57603.608	Parentesco: HERMANA
Teléfono	317482958	Cel:
Dirección Actual	Cra 57 # 148-27 T-1 AP-1101	
Firma		
Huella		