

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	Gustavo Suarez	Documento	7.497.907
Entidad	N. EPS.	Teléfono	3156319779
Solicitante	El paciente.	Parentesco	
		Dirección	B/ Chica casa 10-48
		Consumo	3L 24H
		Abraxo	
		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
13096047	Servicio Técnico.	
130960753	Manten o Domicilio.	

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	6.5	Flujo	2L	Concentración	96.7
Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	24943	Código
					NO-48

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR					
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"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>

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 Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Carcasa 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		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	Equipo con filtro del Humidificador obstruido con gases metanos de medida Normal se le recomienda lavar el Humidificador mas frecuentemente, para evitar fallos en el equipo	Hora Servicio	15:48
Funcionario Entrega:	Juan Pablo Rodriguez	Documento:	108801256

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
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)
FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> NO
VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.	CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> NO
ORDEN MÉDICA: Por Orden Médica.	TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO
CAMBIO: Cambio de Proveedor.	
AFLIACIÓN: Estado Afiliación EPS.	

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
DE PAGAR LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora	EXCELENTE
Daño Equipo	BUENO
Otros Pagos	REGULAR
Total	MALO
	MUY MALO

**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 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@oxiproas.com](mailto:protecciondedatos@oxiproas.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, imprimir, 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 al cliente (gestión PGRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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 recursos. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Gustavo Suarez	Parentesco:	El paciente
Documento	7.497.902	Parentesco:	El paciente
Teléfono	3156319779	Parentesco:	El paciente
Recepción Actual	B/ Chica casa 10-48	Parentesco:	Mi negro

Paciente no firma, ya que presenta problemas en los manos, se toma huella como constancia.