

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Jose Mario Betancur	Documento	18410165	Dirección	Cra 8 # 20-36 B / negro - 03062
Entidad	N. EPS	Teléfono	3234623104	Consumo	3L/24H
Solicitante	El paciente	Parentesco		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130390331 130390488	Tipo de Servicio	Reparación de lote por vencer. entrega Desechables	Observación	130390332 Manten preventivo
------------	------------------------	------------------	---	-------------	-----------------------------

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	MM-0930		HI-14885	CONCENTRADOR	MM-26640		
C. RESPALDO	2072101153			C. RESPALDO	D705004		
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 Masca Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrillo 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		Bolón 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).	Equipo para mantenimiento, se recoge equipo en buenas condiciones y cilindro en buen estado, se entrega equipo en buenas condiciones y cilindro lleno a 2000 PSI			Hora Servicio 13:54
Funcionario Entrega:	J. Andres Aguado		Documento:	6119781

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 SI 090919 CÁNULA SI 020320 TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuenta Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">Excelente.</p>
Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$	\$						

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@oxipro.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, emitir, 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 ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento e incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Relación de información a los titulares, Servicio 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. lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Jose Mario Betancur	Firma		Huella	
Documento	18410165	Parentesco	El Paciente		
Teléfono	3234623104	Cell	3126790417		
Dirección Actual	Cra 8 # 10-36 B / Santander, M/negro. Jose Mario Betancur				

• Se entregan Desechables en buenas condiciones, Papelería Manual por baja señal