

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	<i>Ana Castillo</i>	Documento	<i>20758051</i>
Entidad	<i>Funtsonor</i>	Dirección	<i>V. Ovejeras</i>
Solicitante	<i>Alcero Murcia</i>	Teléfono	
		Consumo	
		Parentesco	<i>Hija</i>
		Teléfono	<i>3115714413</i>

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
<i>130374349</i>	<i>Recarga de cilindro</i>	<i>no justificada 1 vez</i>

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					
C. RESPALDO	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	C. RESPALDO	<i>1</i>	<i>9</i>	<i>0</i>	<i>9</i>	<i>4</i>
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"/>	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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	
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		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte	Regibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	<i>Se entrega equipo probado y reusado en perfectas condiciones, paciente Pcd.</i>			Hora Servicio
	<i>Santiago Lopez</i>			<i>10:20</i>
Funcionario Entrega:	Documento:			
	<i>SPA 573</i>			

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)	
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente.		HUMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/>
<b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria.		CÁNULA	<input type="checkbox"/>
<b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica.		TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/>
<b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor.			
<b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS			

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	Pago Total	EXCELENTE	<i>Excelente</i>
\$	\$	\$ 30.000	\$ 30.000	BUENO	
				REGULAR	
				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 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](mailto: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 procesos. 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	<i>Maria Aurora Murcia</i>	Firma	<i>Maria</i>
Documento	<i>20964990</i>	Parentesco	<i>hija</i>
Teléfono	<i>3115714413</i>	Cel:	
Ubicación Actual	<i>Vereda Ovejeras</i>	Huella	