

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	Hernando delgado	Documento	1398566
Entidad	Medimos Oxígeno	Teléfono	3234700251
Solicitante	Jhon Fredy Rojas	Parentesco	Yerno
		Dirección	Cl 18 # 10-12
		Consumo	2L / 16H
		Teléfono	3234700251

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	130387693	Observación
Tipo de Servicio	mantenimiento tecnico	

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	8.6	Flujo	2L	Concentración	96.4
Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	896	Código
					DM 200915/95

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO			
Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	M 2 J 55 196130	CONCENTRADOR	DM 200 915195
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	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 Humidificator	\$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	\$60.000	
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	Recibo Manual	Recibo GRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
se cambia equipo el cual esta presentando alarma luminosa a pesar de presentar buenas medidas se ensaya en varios temas para combatar fallo
 Hora Servicio: 9:10

Funcionario Entrega: **Juan Pablo Rodriguez** Documento: **100801256**

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 <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)								
<table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Excelente.
Cuota 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@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 autorizada 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. se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Jhon Fredy Rojas	Parentesco	Yerno
Documento	75067574	Cel:	3234700251
Teléfono	3234700251	Dirección Actual	Cl 18 # 10-12
Firma		Huella	