

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Carlos Suarez	Documento	17182060	Dirección	Calle 152B # 56-62
Entidad	COMPENSA	Teléfono	3108836850	Consumo	2 Lt x 24h
Solicitante	Carlos Suarez	Parentesco	Paciente	Teléfono	3108836850

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	N	N	-	4	1	8	9	6			
C. RESPALDO											
REGULADOR 540											
C. PORTATIL	B	X	9	3	0	6	0	7			
REGULADOR 870	2	1	0	1	0	2	1	6	7		
CARRITO P.	C	P	5	5	0	6					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO											
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input 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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Con/traidor	\$150.000	1	Adaptador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Balida Humidificador	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Carrito Portatil	\$20.000	1
Rueda	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
									Otros		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).
Se entregan los Equipos probados y Revisados en Perfectas condiciones. se entrega canula y humidificador nuevos y en buen estado.

Funcionario Entrega: Juan Medina Documento: JRY 874 Hora Servicio: 8:00 AM

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 checked="" type="checkbox"/> CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>		
PAGOS HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ / Daño Equipo \$ / Otros Pagos \$ / Total \$			CALIDAD DEL SERVICIO CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO EXCELENTE		
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: Carlos Suarez		Firma:		Huella:	
Documento: 17182060		Parentesco: 			
Teléfono: 3108836850		Cel: 			
Dirección Actual: Calle 152B # 56-62 Torre Apto 503					