

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Maribel Suarez	Documento	24470333	Dirección	B. Santa Rita Mz 13 CS5
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3168703939	Consumo	24/24hs
Solicitante	Uberht Tautiva	Parentesco	hijo	Teléfono	3104091177

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130526269	Mantenimiento Concentrador	Equipo no sube flujometro

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	<input checked="" type="checkbox"/>	Flujo	<input checked="" type="checkbox"/>	Concentración	<input checked="" type="checkbox"/>	Filtro de aire
						<input checked="" type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza
						Hora Con/trador <input checked="" type="checkbox"/> Código PM19081518

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	ND-942B					CONCENTRADOR	DM190815178				
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"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <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 Con/trador	\$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	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): Se realiza cambio de concentrador presento falla en el flujometro y Display

Hora Servicio: 10:05

Funcionario Entrega: Delian Valencia Documento: 1088039268

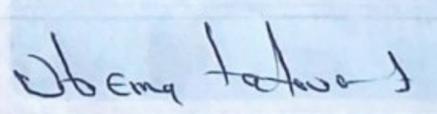
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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.		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.			
AFILIACIÓN 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	Total	EXCELENTE	Excelente
\$ <u> </u>	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>	\$ <u> </u>	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 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	Uberht Tautiva	Firma	Huella
Documento	9737503		
Teléfono	3104091177		
Dirección Actual	B. Santa Rita Mz 13 CS5		