

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Hjo Dentonia Cortes	Documento	23051310466567	Dirección	Parcela con Tomales
Entidad	Famisonar	Teléfono		Consumo	
Solicitante	Sergio Chitiva	Parentesco	Padre	Teléfono	3002107102
				Activación	24/8/23

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Cambio de regulador 540	

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						C. RESPALDO					
REGULADOR 540	1	0	5	7	9	REGULADOR 540	2	0	0	4	0
C. PORTATIL						C. PORTATIL					
REGULADOR 870						REGULADOR 870					
CARRITO P.						CARRITO P.					

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
										<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
Filtro Externo Central	\$5.000			Soporte Filtro Lateral	\$15.000			Carcasa Contrador	\$150.000			Autoclavador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000			Manija	\$50.000			Cable de Poder	\$20.000			Resista Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000			Flujómetro	\$80.000			Adapt a Humidificador	\$15.000			Cambo Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000			Switch de Encendido	\$15.000			Panel Frontal	\$80.000			Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000			Botón de Reset	\$10.000			Tapa de Filtro Interno	\$20.000			Regulador 540	\$80.000	
												Otros		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	Se cambia regulador 540 por daño al cable donde se coloca el humidificador se entrega un nuevo equipo en perfectas condiciones	Hora Servicio	15:44
---	--	---------------	-------

Funcionario Entrega: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO													
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ _____</td> <td>\$ 30.000</td> <td>\$ _____</td> <td>\$ 30.000</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ _____	\$ 30.000	\$ _____	\$ 30.000	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>* EXCELENTE</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 2em;"><b>Excelente</b></td> </tr> <tr> <td>BUENO</td> </tr> <tr> <td>REGULAR</td> </tr> <tr> <td>MALO MUY MALO</td> </tr> </table>	* EXCELENTE	<b>Excelente</b>	BUENO	REGULAR	MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total											
\$ _____	\$ 30.000	\$ _____	\$ 30.000											
* EXCELENTE	<b>Excelente</b>													
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 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	Sergio Alejandro Chitiva Cardona		Firma
Documento	79952607	Parentesco:	
Teléfono	3002107102	Cel:	
Dirección Actual	Parcelación Tomales		
			Huella