

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Jesus Maria Diet	Documento	10526926	Dirección	Finca la Esperanza
Entidad	NOVA EPS	Teléfono	3146484712	Consumo	215.
Solicitante	Jesus Maria Diet	Parentesco	Paciente	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130590048	Reparación total	Se repara equipo en buena Cond.

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Cambio	Limpieza

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

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO											
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" 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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Con/trador	\$150.000	1	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrito Portatil	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	Se repara equipo en buena condición			Hora Servicio
				9:40
Funcionario Entrega:	Santiago Polanco H.		Documento:	1088026311

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)
Voluntaria

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

CÁNULA

TRAMPA DE AGUA

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)

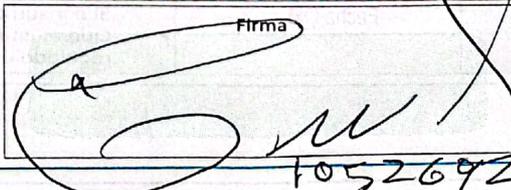
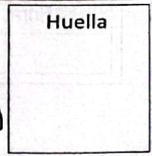
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

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 OXI PRO 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. OXI PRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, 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 OXI PRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Jesus Maria Diet Diet**
Documento: **10526926** Parentesco: **Paciente**
Teléfono: **3146484712** Cel:
Dirección Actual: **Finca la Esperanza**

Firma: 
Huella: 
10526926