

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Dora Elisa Velez.	Documento	29265915.	Dirección	Km 6 Via Pereira Cernto Ent. 2
Entidad	N. EPS.	Teléfono	3137298677	Consumo	2L / 24 H.
Solicitante	Natalia Florez.	Parentesco	Enfermera	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130609101 130609105	Servicio Técnico No a Concentrador. cambio Regulador CGA-540	

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO													
Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos						
CONCENTRADOR							CONCENTRADOR						
C. RESPALDO							C. RESPALDO						
REGULADOR 540	R	2	0	2	1	0	REGULADOR 540	R	2	0	2	1	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	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		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).  
Cambio de Regulador CGA-540 por fuga, se entrega Regulador 540 en buenas condiciones.  
Hora Servicio: 13:45

Funcionario Entrega: Jorge Andres Aguado P. Documento: 6119281

**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.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> NO CÁNULA <input type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input 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> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </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](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, 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, 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	Natalia Florez	Firma	Huella
Documento	1.112.790.267		
Teléfono	310828852		
Dirección Actual	Km. 6 Via Pereira - Cerntes		
	Parentesco: Enfermera		
	Tel: 3137298677		
	entrada 2, en seguida de Predios. Blanca, Pereira		