

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Eulogio Fino	Documento	1164267	Dirección	cl 44 sur 6 B -09
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3118334450	Consumo	2 Litros
Solicitante	Nubia Fino	Parentesco	Hija	Autorización	
				Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130416212	Instalacion Tapa de Agua	Se instala Trampa de Agua Revisada y Ensañado -

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Horas Con/Trador	Código
9.5		6.2	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	23763	NH-23763

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR					
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"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	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 instala Trampa de Agua Revisada y Ensañada por el Agente. Con Canula y Base humedecida nuevos en perfectas condiciones

Funcionario Entrega: **Andres Gomez** Documento: **1.037153640** Hora Servicio: **12:35**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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.	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	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$/4.000</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$/4.000 -</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$/4.000	\$	\$	\$/4.000 -	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$/4.000	\$	\$	\$/4.000 -						

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, 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 OXI PRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Firma	Huella
NUBIA EDDY FINO C	<i>Nubia Eddy Fino</i>	
Documento	Parentesco:	
51.288.363	Hija	
Teléfono	Cel:	
3118334450	3118334450	
Dirección Actual		
CALLE 44 SUR # 6 B 09 ESTE		