

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Dora Marin	Documento	24761390	Dirección	Cra 10#15-50 Marsella
Entidad	NEPS	Teléfono	3103967243	Consumo	3L/24H
Solicitante	Maria Ofir Marin	Parentesco	Hija	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	130485367	Tipo de Servicio
		Servicio Técnico

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	4.3	Flujo	2L	Concentración	30.7
Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	18577	Código
					NN-5616

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	NN-34946 H-1488					CONCENTRADOR	NN-5616				
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"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
									REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
										CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

REPORTE DE DAÑOS											
194348072 (800 PSI)						AR-245389					
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	194348072	Recibo Manual		Recibo CRM		Valor de Daños \$		Valor Pagado \$	
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	Alarma El se recoge equipo en buenas condiciones se entrega equipo en buenas condiciones revisado por el J. Andres Agudelo P.						Hora Servicio	9:45	
Funcionario Entrega:	J. Andres Agudelo P.						Documento:	6119281	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE	
RECOGIDA DE EQUIPOS Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input checked="" 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 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, 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	Maria Ofir Marin	Parentesco:	Hija
Documento	24762047	Cel:	3103967243
Teléfono	3102296132	Dirección Actual	Cra 10#15-50 Marsella
Firma		Huella	
			