



Nº
OX-OV **018983**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-000-19-10
Fecha: Agosto 28 de 2017
Página 1 de 3

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Maria Martinez** Documento: **20379442** Dirección: **21220**
Entidad: **Nueva EPS** Teléfono: **3108694626** Consumo:
Solicitante: **Sabina Coceres** Parentesco: **Cuidadora** Teléfono: **3523511811**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **Entrega Inicial** Tipo de Servicio: **Entrega Portatil Permanente** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Contrador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos						
CONCENTRADOR	1	2	3	4	5	6	CONCENTRADOR	1	2	3	4	5	6
C. RESPALDO	1	2	3	4	5	6	C. RESPALDO	1	2	3	4	5	6
REGULADOR 540	1	2	3	4	5	6	REGULADOR 540	1	2	3	4	5	6
C. PORTATIL	1	2	3	4	5	6	C. PORTATIL	1	2	3	4	5	6
REGULADOR 870	1	2	3	4	5	6	REGULADOR 870	1	2	3	4	5	6
CARRITO P	1	2	3	4	5	6	CARRITO P	1	2	3	4	5	6

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

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 Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo 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		Bolón 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): **Los Equipos se entregan probados y revisados en perfectas condiciones. Se entrega canula y humidificador nuevos y en buen estado P.E.L.** Hora Servicio: **12:00**
Funcionario Entrega: **Juan Bautista** Documento: **SPN 187**

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)
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 **SI 11181**
 CÁNULA **SI 0420**
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
 Cuota Moderadora: **\$000**
 Daño Equipo: **\$**
 Otros Pagos: **\$**
 Total: **\$000**

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE **Exelente**
 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 presento 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 y 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, u 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 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 atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a 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 inventario 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: **Sabino Caes** Firma:
 Documento: **41642990** Parentesco: **Cuidador**
 Teléfono: **3102243657**
 Dirección Actual: **Sabino Caes**