

Nº
OX-OV **018241**

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

Código: GOL-SEO-FR-10
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Jorge Enrique Goy** DOCUMENTO: **1327833** Dirección: **La Feliza - LA MERCED** REC: **12/20**
Entidad: **NEPS** Teléfono: _____ Consumo: **2 Litros** AUTORIZACIÓN:
Solicitante: **HANA ledy Goy** Parentesco: **tiya** Teléfono: **3105327800**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: **Servicio tecnico** Observación: **Equipo trabajando en buenas condiciones**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/traidor: **2562** Código: **NN-2188B**

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	194348098			C. RESPALDO	D697071		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR NO C. RESPALDO NO C. PORTATIL NO REGULADOR 540 NO REGULADOR 870 NO CARRITO 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/traidor	\$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): **Equipo Concentrador trabajando en muy buenas condiciones se le hace el cobro de la urgencia y se le hace recarga de cilindro de respaldo y** Hora Servicio: **18:15**

Funcionario Entrega: **Leonardo V.P.** Documento: **18516284 que esta vacio**

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 VOLUNTARIA** Fallecimiento del Paciente.
- ORDEN MEDICA** Devolución Voluntaria.
- CAMBIO** Por Orden Médica.
- AFILIACIÓN** Cambio de Proveedor.
- ESTADO 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
\$	\$	\$80.000	\$80.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

- EXCELENTE
- BUENO **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 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 protecciondatos@oxipros.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, Histórico 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 Mutuales, 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: **Hana ledy Goy Londono** Firma: _____ Huella: _____
Documento: **33990432** Parentesco: **tiya**
Teléfono: _____ Cel: **3105327800**
Dirección Actual: **Calle 99B #33A16 Banno la eneci. Hkarranla.com**