



Nº
OX-OV 018786

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

Código: 001-800-FR-02
 Fecha: Agosto 04 de 2017
 Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN
 Paciente: **Sony Gutierrez**
 Entidad: **EPS**
 Solicitante: **Adriela Gutierrez**
 Documento: **24567645**
 Teléfono: **7431154**
 Parentesco: **Hermana**
 Dirección: **Urb. Chombona M7 7052**
 Consumo: **SL/24H**
 Teléfono: **3112207**

ORDEN DE SERVICIO
 Nro. Orden: **130358826**
 Tipo de Servicio: **Recarga de cilindro sin Aeg**
 Observación: **Monten. Alto Flujo. Equipo trabajando con Normalidad.**
 REVISIÓN TÉCNICA
 Presión O2: **8.2** Flujo: **SL** Concentración: **94.5** Filtro de aire: Cambio Limpieza
 Hora Contrador: **3267** Código: **20171000000**

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	192714154			C. RESPALDO	0704038		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P				CARRITO P			

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
Filtro Externo Central	\$5.000		Carcasa Con/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Ruidos	\$20.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte: **0696123 (1300PSI)**
 Recibo Manual Recibo CRM
 Valor de Daños \$ **6119281** Valor Pagado \$
 Observaciones de la Visita: **Se entrega cilindro lleno a 2000 PSI en buenas condiciones, se recoge cilindro vacío en buen estado. Se hace paquetería manual, porque el sistema no acepta una presión superior a 7 PSI.**
 Funcionario Entrega: **Andrés Aguado P.** Documento: **6119281** Hora Servicio: **13:10**

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
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

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

CALIDAD DEL SERVICIO
 CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Excelente

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 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 el 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, 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 los 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, Cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO
 Nombre: **Adriela Gutierrez** Parentesco: **Hermana**
 Documento: **24568693** Cel: **310 3933821**
 Teléfono: **7431154**
 Dirección Actual: **Urb. La Chombona M7 7 052. Cota Rica.**
 Firma: **Adriela Gutierrez**
24568.693 clon