



Nº
OX-OV **019358**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302776-3401511-3147912303

Código: 001-884-1540
Fecha: Agosto 31 de 2017
Servicio:
Página: 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Alicia Cepeda	Documento	20101596	Dirección	CRA 97 # 983 17
Entidad	Servicio Salud	Teléfono	300 7110332	Consumo	2.0/18
Solicitante	Alicia Cepeda	Parentesco		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO			
Nro. Orden	130350186	Tipo de Servicio	Mto Domicilio
Observación	se realiza limpieza Equipo ox		

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	6	Flujo	2	Concentración	90	
Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza		Hora Contrador	13493	Código	9771

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"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>
REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>

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		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):
 Funcionario Entrega: _____ Documento: _____
 Hora Servicio: _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

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>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <i>[Firma]</i>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

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@oxiproas.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, cumplir, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, supervisar y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el desarrollo de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Calidad, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los Estados, 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 lo he suministrado de forma voluntaria y en veridica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Luis Rueda	Firma	<i>[Firma]</i>
Documento	80237924	Parentesco	H. Jo
Teléfono	300 7496558		
Dirección Actual			