

Nº **OX-OV 019088**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302779-3401511-3147912353

Grupo: 02-900-9910
Fecha: agosto 14 de 2017
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Maria Moreno	Documento	41171793	Dirección	Cra 79F # 14-57	Fecha	14/08/2017
Entidad	Nuvia EPS	Teléfono	3208820281	Consumo	2Lx24h	Asesor	
Solicitante	Cristina Leon	Parentesco	Nieto	Teléfono	3165363315		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130346244		

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	2018070000168		
C. RESPALDO				C. RESPALDO	JP1816830063		
REGULADOR 540				REGULADOR 540	RR-25267B		
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input 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): **Se realiza la Recogida de Equipos por trasteo probados y revisados en perfectas condiciones.** Hora Servicio: **3:56**

Funcionario Entrega: *Jose Benito Mendez* Documento: **SPN 147**

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.		HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/>	
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.		CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/>	
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.		TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>	
CAMBIO Cambio de Proveedor.			
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.			
PAGOS		CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:		CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			EXCELENTE
			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 protecciondedatos@oxigrosas.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 autorizada 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, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, 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	<i>Cristian Camilo Bautista Leon</i>	Parentesco	<i>Nieto</i>	Fecha	
Documento	<i>80498557</i>	Cel:	<i>3165363315</i>	Huella	
Teléfono	<i>4245987</i>	Dirección Actual	<i>Cra 79F # 14-57</i>		