

Nº
OX-OV 020330

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

Código: GOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	SARA ORJUELA	Documento	20 799 267	Dirección	CALLE 47# 78 K11
Entidad	FAMILIAR	Teléfono	310 379 0997	Consumo	2 X 24
Solicitante	JARA ORJUELA	Parentesco	PACIENTE	Autorización	
				Teléfono	310 379 0997

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130380383	RECOGIDA EQUIPOS	DEVOLUCION VOLUNTARIA

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador
					Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO													
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos							
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR	2	2	1	4	3	3	1
C. RESPALDO						C. RESPALDO	0	0	0	0	0	0	0
REGULADOR 540						REGULADOR 540	0	2	2	1	1	3	1
C. PORTATIL						C. PORTATIL	0	4	4	5	8	2	4
REGULADOR 870						REGULADOR 870	2	0	0	0	1	2	0
CARRITO P.						CARRITO P.	0	0	0	0	0	0	2

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO											
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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/trador	\$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		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 RECIBEN 100 EQUIPOS EN BUEN ESTADO POR NO USO LOS ENTREGAN VOLUNTARIAMENTE. PCT. NO CANCIA CM NI DAÑOS NO TIENE DINERO
Hora Servicio: 11:15

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: SPN 142

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ 0 Daño Equipo \$ 0 Otros Pagos \$ 0 Total \$ 0	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO <input checked="" type="checkbox"/> 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@oxiprosas.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, 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 <u>Fernando Gacha</u>	Firma <u>[Firma]</u>	Huella
Documento <u>79264194</u> Parentesco: <u>Hijo</u>		
Teléfono <u>4546967</u> Cel: <u></u>		
Dirección Actual <u>CALLE 47# - 78 K. 11. S.</u>		