

Nº
OX-OV **020229**

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Olga Africano** Documento: **51749461** Dirección: **Dg182-20-17** Fecha: **31/8/17**
 Entidad: **Sesusalud** Teléfono: **322 7540291** Consumo: **2.0/24** Autorización:
 Solicitante: **Ivan Melendez** Parentesco: **Hijo** Teléfono: **301 4486131**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **30403519** Tipo de Servicio: **Recoger cilindro no justificado** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Inspección O2: Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Con/trador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	190941006			C. RESPALDO	6TA132030		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI NO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Daño Externo Central	\$5.000	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Con/trador	\$150.000	1	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	1
Daño Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrito Portatil	\$20.000	1
Daño Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Daño da	\$20.000	1	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Daño Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		

Reporte Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (ejemplo: descripción del daño): **El equipo se entrega probado y revisado en perfectas condiciones. PC 1.** Hora Servicio: **06:25**

Responsario Entrega: **Andres Gomez** Documento: **SPN 187**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

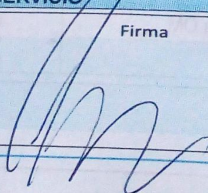
RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
DECLINAMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. EN MÉDICA Por 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								
PAGO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td>\$70.000</td> <td>\$70.000</td> </tr> </table>	Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total		\$	\$70.000	\$70.000	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
	\$	\$70.000	\$70.000						

DECLARACIÓN 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 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, difundir, 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 entidad 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, sistemas 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 recursos. 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: **IVAN MELÉNDEZ** Parentesco: **Hijo**
 Teléfono: **1020735760** del: **301 448 61 31**
 Fecha Actual: **DIAG 182/20-17**

Firma:  Huella: 