

Nº
OX-OV 020409

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Blanca Lopez.	Documento	25378620	Dirección	M7 Alcaza 5 M/negro
Entidad	N. EPS	Teléfono	313 5120674	Consumo	3L/24A.
Solicitante	Jose eliberto silva	Parentesco	Hijo	Autorización	-
				Teléfono	-

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	5.4	Flujo	2L	Concentración	46.7	Filtro de aire
						<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza
						Hora Con/traidor (3350) Código (UN-868B)

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO					
Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR	UN-1694B	FI. 0008.	CONCENTRADOR	UN-868B.	FI. 13350
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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

REPORTE DE DAÑOS											
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/traidor	\$150.000		
Filtro Externo Lateral	\$5.000			Manija	\$50.000			Cable de Poder	\$20.000		
Base Concentrador	\$80.000			Flujómetro	\$80.000			Adapt a Humidificador	\$15.000		
Rueda	\$20.000			Switch de Encendido	\$15.000			Panel Frontal	\$80.000		
Soporte Filtro Central	\$15.000			Bolón de Reset	\$10.000			Tapa de Filtro Interno	\$20.000		
								Adaptador Salida Humidificador	\$20.000		
								Carrito Portatil	\$20.000		
								Regulador 870	\$80.000		
								Regulador 540	\$80.000		
								Otros			

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Alarma #1 se recoge equipo en buenas condiciones se entrega equipo en buen estado revisado por el accidente, no se hace reparación porque el cilindro tiene 1000PSI y vence en Dic. 2021

Funcionario Entrega: Suarez Pablo Rodriguez Documento: 1088011256

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 (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/>
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.	CÁNULA <input type="checkbox"/>
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.	TRAMPA DE AGUA <input 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	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Daño Equipo	Excelente
Otros Pagos	
Total	
\$ 7.000.	
\$ —	
\$ —	
\$ 7.000	

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	Firma	Huella
Jose eliberto silva.		
Documento	Parentesco	
18 395 902	Hijo	
Teléfono	Cel.	
313 5120674	3126984378	
Dirección Actual		
M7 E casa 5 Tomas Cipriano		
M/negro		

condon copagos hasta Agosto 2021