OXIPro
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT 900.481.014-0

Nº	ORDEN DE VISITA	Código	GOL-SED-FR-02
OX-OV 019771	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520	Fecha	Agosto 04 de 2017
	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353	Versión	1
		Página 1 de 1	

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	JOSE OSORIO	Documento	1304923	Dirección	VIA Alto Bonito Manzana 21 C4		
Entidad	NEPS	Teléfono	3128687243	Consumo	2 litros	Autorizador	
Solicitante	Dora Elice Osorio	Parentesco	HIJA			Teléfono	3136591906

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Recogida	se Recogen Equipos en Buenas condiciones

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Hora Con/trador	Código
			☐ Cambio ☐ Limpieza		

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR		SN 0 6 9 4 3 4 8
C. RESPALDO		D7 0 9 0 4 5
REGULADOR 540		1 0 5 7 0 0
C. PORTATIL		9 3 2 1 0 0 3 6
REGULADOR 870		1 9 0 5 0 9 7 9 C
CARRITO P.		CP 5 3 1 9

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR ☑ (1) | C. RESPALDO ☑ (2) | C. PORTATIL ☑ (3) | REGULADOR 540 ☑ (4) | REGULADOR 870 ☑ (5) | CARRITO ☑ (6)

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		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):

Hora Servicio 10 50 AM

Funcionario Entrega: Leonardo Velasquez **Documento:** 18516284

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

FALLECIMIENTO
VOLUNTARIA
ORDEN MÉDICA
CAMBIO
AFILIACIÓN

FALLECIMIENTO

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR
CÁNULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
$ -	$ -	$ -	$ -

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

Excelente.

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 proteccionde datos@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: Dora Elice Osorio
Documento: 25219874 Parentesco: Hija
Teléfono: 3136591906 Cel: 3136591906
Dirección Actual: Alto Bonito Manzana 21 C4 14.

Firma: cc 25219874 Doralice Osorio de P

Huella

Escaneado con CamScanner