



Nº
OX-OV 020008

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	Alberto Lopez Lopez	Documento	4476843	Dirección	Cra 28 B 4-12 Manizales
Entidad	NEPS	Teléfono	3113878485	Consumo	2 litros
Solicitante	Maria Gladys Ceballos	Parentesco	Esposa	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130438298	Tipo de Servicio	Servicio Técnico	Observación	Equipo con manguera rota.
------------	-----------	------------------	------------------	-------------	---------------------------

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	6.5	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código
------------	-----	-------	---------------	----------------	--	-----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	NN-3852B					CONCENTRADOR	NN-1624B				
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 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		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 le cambia equipo concentrador por manguera rota en el NN-1624B y se le daña el NN-3852B. Se cancelaron órdenes \$50.000.
 Funcionario Entrega: Leonardo V.F. Documento: 18.516.284.

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)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
 HUMIDIFICADOR
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$	\$	\$50.000	\$50.000

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE
 BUENO
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO
 Bueno.

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 * Maria Gladys Ceballos Cardona
 Documento * 24323505 Parentesco:
 Teléfono * 3113878485 Cel:
 Dirección Actual * Cra 28 B 4-12 Manizales

Firma
 Huella
 Maria Gladys Ceballos
 24323505



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14475

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Alberto Lopez Lopez	02-12-21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora	1	1
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro Urgencia		
OBSERVACIONES	TOTAL	\$ 50.000

Entrega: Nombre: Maria Gladis Ceballos	Firma
Cédula: 74363505	
Recibe: Nombre: Fernando VP	Firma
Cédula: 185167841	