

Nº
OX-OV 019889

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

Código:
Fecha:
Versión:
Página:

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN
 Nombre: **Maria Galvis**
 Documento: **2515081** Dirección: **Cra 15 # 6-14 Sta Rosa**
 Teléfono: **3117205598** Consumo: **3L/24H** Autorización: **-**
 Parentesco: **Hija** Teléfono: **-**

ORDEN DE SERVICIO
 Nro. Orden: **365846** Tipo de Servicio: **Recogido Total** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA
 2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	NO-7205B
C. RESPALDO	D697090
REGULADOR 540	BB-20626B
C. PORTATIL	DB709013
REGULADOR 870	XY11084249
CARRITO P.	CP0621

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

No/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit
Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000
Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000
Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000
a	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000
ma Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros	

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se recogen Equipos en buenas condiciones cancelan cobros pendientes. Se hace papelera para el servicio que aparecía fallido y realizado.** Hora Servicio: **9:2**

Funcionario Entregó: **Maria Ester Agudelo** Documento: **6119281**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS
 Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
 (Escribir el Motivo) **fallecimiento.**

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

CONSUMIBLES RECIBIDOS
 Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
 HUMIDIFICADOR
 CANULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS
 ME PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
 Cuota Moderadora \$ **20.500**
 Daño Equipo \$ **-**
 Otros Pagos \$ **-**
 Total \$ **20.500**

CALIDAD DEL SERVICIO
 CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Buena.
 EXCELENTE
 BUENO
 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 PGRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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 Ester Agudelo** Firma: **Maria Ester Agudelo**
 Documento: **23269688** Parentesco: **Hija**
 Teléfono: **3136809937** Teléfono: **3117205598**
 Dirección Actual: **cra 15 # 6-14 Sta Rosa**



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14467

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Maria GONZALEZ 25.150.181	04/02/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		20.500
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		
OBSERVACIONES	TOTAL	20.500

Cancelan copagos pendientes

Entrega: Maria Ester Ayulec 20.500

Nombre: *[Signature]*
Cédula: 23269688 Firma

Recibe: Andres Ayulec *[Signature]*

Nombre: *[Signature]*
Cédula: 6119281 Firma