

Nº
OX-OV **019762**

ORDEN DE VISITA

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJECUTIVO: 3302770-3401511-3147912353

Ordenador
Fecha
Versión
Página 1 de 2

Paciente **Delina Vambroz**
Entidad **medimas**
Solicitante **amparoleon**

Documento **34722623**
Teléfono **3112810572**
Parentesco **Hija**

Dirección **Cra 13# 15-17 St A y Osa**
Consumo **31/24 H**
Teléfono **3645473**

Nro. Orden **130372094**

Tipo de Servicio **Mantenimiento preventivo**

ORDEN DE SERVICIO

Observación

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código

CONCENTRADOR
C. RESPALDO
REGULADOR S40
C. PORTATIL
REGULADOR 870
CARRITO P.

Códigos Equipos Recogidos

CONCENTRADOR
C. RESPALDO
REGULADOR S40
C. PORTATIL
REGULADOR 870
CARRITO P.

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR S40 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/Unit	Cant	Daño/Perdida	V/Unit	Cant	Daño/Perdida	V/Unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Marija	\$50.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Otros		
Nro. Reporte	Recibo CRM		Valor de Daños \$		Valor Pagado \$			

Observaciones **Paciente no permite el cambio del equipo ya que tiene un evento y pide que el cambio sea por un equipo de los mismos**
Funcionario Entrega: **Juan Pablo Rodríguez** Documento: **108801256** Hora Servicio **13:50**

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)

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles
(Escribir Si o NO)

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

HUMIDIFICADOR **NO**
CÁNULA **NO**
TRAMPA DE AGUA **NO**

PAGOS

HIE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$20600	\$-0-	\$-0-	\$20600

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

exelente

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 protecciondatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S. queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, la información y especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes 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 relacionadas con el objeto social de la compañía al cliente (gestión PORTS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones, gestión de órdenes médicas y medicamentos. Encuestas de Opinión, Servicio al cliente, gestión de quejas, 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. le suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre **amparoleon**
Documento **25156684** Parentesco: **Hija**
Teléfono **3645473** Cel: **3112810572**
Dirección Actual **Cra 13# 15-17 St A y Osa**

Firma

Amparoleon
25-156-684

Huella