

Realiza cambio de regulador por que al ser encontrado en el domicilio no cumple la prescripción medica



Nº
OX-OV 019848

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 338275340331-04792287

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN
Paciente: **José David Díaz A** Documento: **4451746** Dirección: **Arboleda de Santa Monica** 10322
Entidad: **N-EP3** Teléfono: **3206875150** Consumo: **3 litro 24 H**
Solicitante: **Consuelo Acavedo** Parentesco: **Conyugue** Teléfono: **3424130**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540	041063			REGULADOR 540	RR24507B		
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO
 CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Luzada	\$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 realiza revisión al concentrador para verificar su funcionamiento y sus medidas son 96.8% 5-7 Presión pendiente. Para cambio por falta de presión
 Funcionario Entrega: **José David Díaz** Documento: **15.924098** Hora Servicio: **15-10**

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 MEDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO) HUMIDIFICADOR NO CANULA NO TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /						

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 OXPRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxprosa.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizada para recibir, consultar, almacenar, usar, recibir, compartir, conservar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades mencionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Nacional (divulga), programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento y arcandamiento de obligaciones financieras, gestión de asociaciones internas, liberación de información a los usuarios, Servicios de mantenimiento 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 OXPRO S.A.S lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO
 Nombre: **Consuelo Acavedo Madrid** Firma: **Consuelo Acavedo Madrid**
 Documento: **24762745** Parentesco: **CONYUGUE**
 Teléfono: **3206875150** Cel: **3424130**
 Dirección Actual: **Arboleda de Santa Monica CI. 17-21-31**
CS-172

En su domicilio se encuentra el cilindro D 694133 con 130 PSI