

Nº
OX-OV 019763

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

Código GOL-SEDFR-02
Fecha Agosto 04 de 2017
Versión 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Apolinar Blandon** Documento: **4563073** Dirección: **Bs. al Bosque N27 CS 1** Fecha: **27/04/21**
 Entidad: **N-EPS** Teléfono: **3216379237** Consumo: **2 Horas 18** Autorización:
 Solicitante: **Gloria Carmanza Blandon** Parentesco: **Hija** Teléfono: **312 2153030**

ORDEN DE SERVICIO

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|-------------|
| | | |

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|--|--|--|--|--|
| CONCENTRADOR | | | | | | CONCENTRADOR | | | | | |
| C. RESPALDO | | | | | | C. RESPALDO | | | | | |
| REGULADOR 540 | | | | | | REGULADOR 540 | | | | | |
| C. PORTATIL | 9 | 0 | 5 | 2 | 6 | C. PORTATIL | | | | | |
| REGULADOR 870 | | | | | 4 | REGULADOR 870 | | | | | |
| CARRITO P. | H | E | 6 | 7 | 8 | CARRITO P. | | | | | |
| | | | | | 5 | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | | | |
| | | | | | 0 | | | | | | |

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

| 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 | | Carrillo 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): **en su domicilio se encuentra el cilindro D 705146 con 2000 psi, con las dos portatiles que fueron entregadas el día de hoy se completa la SA a que tiene derecho el paciente** Hora Servicio: **10-35**

Funcionario Entrega: **Josuel Antonio Dajudo** Documento: **13924098**

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) | Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) |
| FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS. | HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> NO CÁNULA <input type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> NO |

| PAGOS | CALIDAD DEL SERVICIO | | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------|------|------|------|------|---|
| HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: | CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) | | | | | | | | |
| <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 | \$ / | \$ / | \$ / | \$ / | EXCELENTE 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 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 autorizada 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: **Gloria Carmanza Blandon** Firma: **30303577** Huella: **Gloria Carmanza B**
 Documento: **30303577** Parentesco: **Hija**
 Teléfono: **3216379237** Cel: **312 2153030**
 Dirección Actual: **Bs. al Bosque N27 CS 1 Salamina**