

Nº
OX-OV **020669**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3382779-3401511-3147912353

Código: OX-REG-0001
Fecha: Agosto 26 de 2017
Página 1 de 7

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Correas Davita	Documento	30739398	Dirección	cl/114a # 21-55 AP 401	Fecha	8/11/17
Entidad	Alfaro	Teléfono		Consumo	21, y 24 H	Asociado	
Solicitante	Alfaro	Parentesco	Esposo	Teléfono	3102443707		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130427459	Tipo de Servicio	Se recoge equipo - Recogido Total	Observación	
------------	-----------	------------------	-----------------------------------	-------------	--

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	5	1	2	7	0	1	9	3	
C. RESPALDO				C. RESPALDO	2	0	7	5	2	8	1	2	6
REGULADOR 540				REGULADOR 540	1	1	0	6	0	1	9	0	
C. PORTATIL				C. PORTATIL	8	5	1	8	1	3	4		
REGULADOR 870				REGULADOR 870	2	0	4	0	0	5	0	6	
CARRITO P.				CARRITO P.	C	P	4	7	0	5			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

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 Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	1	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 recogen equipos en buen estado por Orden Medica

Funcionario Entrega: *Santiago Lopez* Documento: *SPU 145*

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)
Orden Medica

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR
CÁNULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Pago Total
\$220.800	\$20.000	\$	\$240.800

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Excelente

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 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	<i>Alfredo Rivera</i>	Firma		Huella
Documento	<i>795014</i>	Parentesco:	<i>Esposo</i>	
Teléfono	<i>4620660</i>	cel:	<i>3102443707</i>	
Dirección Actual	<i>Calle 114 # 21-55 AP 401</i>			