

Nº
OX-OV 020294

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 3302778-3401511-3147Y2351

Contar: 000.000.0000
Fecha: Agosto 04 de 2017
Número: 1
Página: 001

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **MAURICIO FONSECA** Documento: **5654316** Dirección: **CPA 16 # 1F-61** No. 2112
Entidad: **FAMILIAR** Teléfono: **377 7700777** Consumible:
Solicitante: **MAURICIO FONSECA** Parentesco: Teléfono: **377 7700777**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **730432214** Tipo de Servicio: **MANTENIMIENTO PREVENTIVO** Observación:
730432215 **ENTREGA DE DEBETIBLES**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Contructor: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos															
CONCENTRADOR	2	0	1	8	0	7	0	0	0	0	0	7	4	CONCENTRADOR	N	N	-	3	4	4	9	B
C. RESPALDO														C. RESPALDO								
REGULADOR 540														REGULADOR 540								
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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contructor	\$150.000		Actuador	\$20.000		Actuador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000	2	Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Switch Humidificador	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapia de Filtro interno	\$20.000		Otros			Otros		

Nro. Reporte: Recibo Manual: Recibo CRM: Valor de Daños \$ **5000** Valor Pagado \$ **0**

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): **SE ENTREGA EL EQUIPO PROBAO ACOMO EN PERFECTAS CONDICIONES SE ENTREGA EL EQUIPO PROBAO REVISADO. Y DEBETIBLES EQUIPO UN FILTRO NO ANCHA** Hora Servicio: **0:16**

Funcionario Entrega: Documento:

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo (Escribir el Motivo):
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
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 52.000

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 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@oxiproas.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 recibir, 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 riesgo social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de labores 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 se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Mauricio Fonseca Useda**
 Documento: **5654316** Parentesco: **Paciente**
 Teléfono: **311 3788591** Cel:
 Dirección Actual: **C. 16-1F-61**

Fecha: **04/08/2017** Firma:  Huella: