

Nº
OX-OV 018849

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4329520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3262775-3461515-9147912352

Fecha: 2023-02-15-14
Hora: 14:00:34
Página: 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Gerardo Molano Documento: 19051-320 Dirección: V. Guavio Fusagasugá
 Entidad: COMISIÓN Teléfono: 3118370928 Consumo: El paciente
 Solicitante: Gerardo Molano Parentesco: El paciente Teléfono: 3118370928

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130418617 Tipo de Servicio: Mantenimiento Preventivo 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	NA - 47228			CONCENTRADOR	NA - 8028		
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DÓMICILIO

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		Switch Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000	↓	Fujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrilo Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): Se cambio equipo por Mantenimiento Preventivo. Se entrega equipo probado y revisado en buen estado. Paciente Manifiesta que el equipo llega con la base rota. Hora Servicio: 203

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: JKU 625

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)

FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente.
 VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.
 ORDEN MEDICA: 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
\$ 84.800	\$ 90.000	\$	\$ 174.800

No pago

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, por 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: proteccion_datos@oxipro.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 a recolectar, consultar, 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 estadísticas relacionadas con el objeto social de 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 QUIÉN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Gerardo Molano Nuñez Documento: 19051320 Parentesco: paciente
 Teléfono: 3118370928 Cel:
 Dirección Actual: VEREDA GUAVIO FUSA

Firma: [Firma] Huella: