

Nº
OX-OV 020287

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

Código: GOL SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	ISABEL RIVERA	Documento	73651437	Dirección	CANE 2F # 39 A 39.	Fecha	05/10/21
Entidad	NOVA EPS	Teléfono	3193297738	Consumo		Autorización	
Solicitante	ABA RIVERA	Parentesco	HITA	Teléfono	3193297738		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130419172	Tipo de Servicio	MANTENIMIENTO. (CONCENTRADOR, ENTREGA (NUMERO RECARGO)	Observación	(CAMBIO) REGULADOR 540.
------------	-----------	------------------	--	-------------	-------------------------

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	6.5	Flujo	9.3	Concentración		Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	00:38:3	Código	
------------	-----	-------	-----	---------------	--	----------------	--	-----------------	---------	--------	--

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

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

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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		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	1
Soporte Filtro Central	\$15.000		Bolón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte		Recibo Manual	<input checked="" type="checkbox"/>	Recibo CRM		Valor de Daños	\$ 80.000	Valor Pagado	\$ 80.000
--------------	--	---------------	-------------------------------------	------------	--	----------------	-----------	--------------	-----------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): EQUIPO EN PARAMETROS NORMALES SE ENTREGAN LOS EQUIPOS RECARGADOS REVISADOS EN PERFECTO ESTADO. SE RECOGE REGULADOR (CON DAÑO) SE ENTREGA (CANULA Y HUMIDIFICADOR. SE COBRA REGULADOR DAÑO POR DAÑO NO LO ENTREGA.

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: CRISTIAN JAN 147

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 MÉDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR SI NO

CÁNULA SI NO

TRAMPA DE AGUA SI NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 7.000.	\$ 80.000.	\$ 0	\$ 87.000.

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

Muy BUENO.

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 autorizado 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 Isabel Rivera Rivera
Documento 52103845 Parentesco: HITA
Teléfono 3193297738 Cel:
Dirección Actual CANE 2F # 39 A 39.

Firma

Huella