



Nº OX-OV 019778

ORDEN DE VISITA LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 330778-3401511-3147912353

Código: OX-RED-PR-02 Fecha: Agosto 14 de 2017

Paciente: **Jelus Augusto Corti** Documento: **1061655385** Dirección: **Calle 13 B 11-30** Fecha: **10-02-22**
 Entidad: **Nexya EPS** Teléfono: **550 935 4108**
 Solicitante: **Maria Su Franco E.** Parentesco: **Apoc.** Teléfono: **550 935 4108**

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: **ORDEN DE SERVICIO** 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				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

Handwritten notes in 'Códigos Equipos Recogidos':
 MV 18 J 2 0
 JP 18 0 6 2 0 6 2
 NR 24 7 3 5 8
 4321 0 6 4 0
 550 935 4108
 2 4 7 3 4

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO
 CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Sonda 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	
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 \$: **13.000**

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
 Funcionario Entrega: **Humberto Aguilar** Documento: **5892214**

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
 CANULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS: HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ x	\$ x	\$ x	\$ x

 CALIFICÓ EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación):
 EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
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@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 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 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 le ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO
 Nombre: **Maria Su Franco**
 Documento: **1024516912** Parentesco: _____
 Teléfono: **350 935 4108** Cel: _____
 Dirección Actual: **Calle 13 B 11-30**
 Firma: **Maria Su Franco Garcia**
 Huella: **cc 1024516912**