

Nº
OX-OV 21541

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	ANA CECILIA CASTAÑEDA	Documento	20093373	Dirección	CAILE 401 # 13B36	Fecha	26-07
Entidad	MEXUA E.P.S.	Teléfono	3132348472	Consumo	3.0 Litros	Autorización	
Solicitante	ISABEL CAÑON	Parentesco	SOBRINA	Teléfono	3132348472		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	OXIMETRIA MONITOREO EN DOMICILIO	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	6.6	Flujo	3.0	Concentración	97.2	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	4613	Código	0185.7
------------	-----	-------	-----	---------------	------	----------------	--	-----------------	------	--------	--------

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.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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		Soprote 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	
Soprote 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).	CSM. # 12171176120 - FECHA UCC. 07-23-2000PSI OTE # BX 929909 - FECHA UCC: 08-09-23 VACIO -	Hora Servicio	16:20 PM
---	--	---------------	----------

Funcionario Entrega: JORGE ROYGO Documento: BDN864

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
- CÁNULA
- TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

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@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, 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, 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 Cañon Castañeda	Firma		Huella	
Documento	51631505	Parentesco:	SOBRINA		
Teléfono	3132348472				
Dirección Actual	CL 401 SUR # 13B36				