OXIPro
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 020432

ORDEN DE VISITA

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Conrado Villada	Documento	4389949	Dirección	Cra 149-235 B/Alfonso lopez
Entidad	Nueva eps	Teléfono	3165915641	Consumo	2 L/24 H
Solicitante	Luz Edith villada	Parentesco	HIJA	Teléfono	3233320732

Fecha 15/06/22
Autorización

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130479515	cambio de concentrador	
130477516	recarga cilindro de Respaldo	
130477713	cambio regulador 540	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Hora Con/trador	Código
			☐ Cambio ☐ Limpieza		

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	PM20P91504B	MIIIATUMCOXY4121
C. RESPALDO	P704P64	956200
REGULADOR 540	11070501787	11908020137 ROXYGEN
C. PORTATIL		
REGULADOR 870		
CARRITO P.		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	☑	NO	C. RESPALDO	☑	NO	C. PORTATIL	SI	NO	REGULADOR 540	☑	NO	REGULADOR 870	SI	NO	CARRITO	SI	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	
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 $

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): Se recogen equipos en buenas condiciones y se entregan equipos en buenas condiciones tanto fisicas como funcionales revisados por el cliente se le informa que en caso de daño perdida seran responsables

Hora Servicio: 15:10

Funcionario Entrega: Juan pablo Rodriguez **Documento**: 1088011256

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 SI
CÁNULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

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, 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 Ordenes 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 Luz edith villada
Documento 42027786 Parentesco: Hija
Teléfono 3165915641 Cel: 3233320732
Dirección Actual Cra 149-235 B/alfonso lopez

Firma: Luz Edith Villada
42027786

Huella

Escaneado con CamScanner