

Nº
OX-OV 019896

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147812353

Orden: 004 00000000
Fecha: 09/01/2014
Hora: 10:00 AM
Página: 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN				
Paciente	Documento	Dirección	Consumo	Admisión
Entidad	Teléfono	Consumo		Fecha
Solicitante	Parentesco	Teléfono		

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/tractor	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	00	15	2	4		CONCENTRADOR	00	15	2	4	
C. RESPALDO	06	96	10	7		C. RESPALDO	06	96	10	7	
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"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
									REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
									CARRITO	<input checked="" 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/tractor	\$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		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Otros					

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

Observaciones de la Visita
(Ejemplo: Descripción del daño).
Algunos de los cilindros en el hogar y cilindro lleno a 2000 PSI. Todos en buenas condiciones. Se recogieron cilindros y concentrador. Por favor, contactar al proveedor de cilindros en caso de necesidad.
Hora Servicio: 10:25

Funcionario Entrega: [Firma] Documento: 611281

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS		CONSUMIBLES RECIBIDOS	
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.		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>	

PAGOS CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	EXCELENTE	
\$ 37.800	\$ -	\$ 30.000	\$ 67.800	BUENO	
				REGULAR	
				MALO	
				MUY MALO	

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1981 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el Ingreso de mis datos personales y presenta Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondatos@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, citar, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los títulos de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Documento	Parentesco	Firma
Patricia Cardona	47244947	Nieto	[Firma]
Teléfono	Cel:		Huella
3146272911	3146272911		[Huella]
Dirección Actual			