OXPro
OXIGENOS MEDICINALES
NIT 900 481 014-0

Nº 130540070
OX-OV 22007

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

Código: GDO-SGI-FT-02
Fecha: Agosto 14 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Edi Echeverri
Entidad: Nueva EPS
Solicitante: German Rojas
Documento: 29218640
Teléfono: 3147859196
Parentesco: Hijo
Dirección: Calle 3 23D-24
Consumo: 5 lts
Teléfono:
Fecha: 17 03 23

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130540067
Tipo de Servicio: Entrega de Consumibles
Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	2017100000021	
C. RESPALDO		
REGULADOR 540		
C. PORTATIL		
REGULADOR 870		2017100000022
CARRITO P.		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR [SI] [NO] | C. RESPALDO [✓] [NO] | C. PORTATIL [SI] [NO] | REGULADOR 540 [SI] [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 Contrador	$150.000		Antiestatico Botella Humedificador	$20.000	
Filtro Externo Lateral	$5.000		Manga	$50.000		Cable de Poder	$28.000		Carrito Portatil	$20.000	
Base Concentrador	$50.000		Flujómetro	$80.000		Adapt a Humidificador	$15.000		Regulador 870	$80.000	
Rueda	$20.000		Switch de Encendido	$15.000		Panel Frontal	$50.000		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 hace revisión de equipo Concentrador se explica frecuentemente y uso consumo de energía se entrega en buenas condiciones.

Hora Servicio: 11:10

Funcionario Entrega: Santiago Peluza

Documento: 1088026345

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 Devolucion 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: ✓
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

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 Sidentificada 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 medicas 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 carácter 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: María Luisa Martinez
Documento: 41913503
Parentesco: Cuidadora
Teléfono: 3023206263
Cel:
Dirección Actual: Calle 3 23D-24 comercio

Firma: maria luisa martinez

Huella: