

Nº
OX-OV 020279

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 | ADRIANA VASQUEZ. | Documento | 52286767 | Dirección | CRA 31 #17-267 | Fecha | 08/07 |
| Entidad | DEPUI SAUD. | Teléfono | 3152266719 | Consumo | | Autorización | |
| Solicitante | JUAN ACOSTA. | Parentesco | HITO. | Teléfono | 3152266719. | | |

ORDEN DE SERVICIO

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|---------------|
| | RECOGIDA EQUIPOS | FIN CONTRATO. |

REVISIÓN TÉCNICA

| | | | | | | |
|------------|-------|---------------|----------------|---|-----------------|--------|
| Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire | <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza | Hora Con/trador | Código |
|------------|-------|---------------|----------------|---|-----------------|--------|

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|--|--|--|---------------------------|---------------|--|--|
| CONCENTRADOR | | | | CONCENTRADOR | 2071010000791 | | |
| C. RESPALDO | | | | C. RESPALDO | 48180622127 | | |
| REGULADOR 540 | | | | REGULADOR 540 | 160901773 | | |
| C. PORTATIL | | | | C. PORTATIL | | | |
| REGULADOR 870 | | | | REGULADOR 870 | | | |
| CARRITO P. | | | | CARRITO P. | | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------------|--|-------------|--|---------------|--|---------------|--|---------|--|
| CONCENTRADOR | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. RESPALDO | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. PORTATIL | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 540 | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 870 | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | CARRITO | <input checked="" type="checkbox"/> SI <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 | | 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 RECOPEN LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO POR ORDEN MEDICA PAI

Hora Servicio: **11:00**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN MARTINEZ** Documento: **OPN 147**

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 VOLUNTARIO**: Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria.
- ORDEN MÉDICA**: Por Orden Médica. **ORDEN MEDICA**
- CAMBIO AFILIACIÓN**: Cambio de Proveedor. Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR NO
- CÁNULA NO
- 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 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 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: **JUAN ESTEBAN ACOSTA**
 Documento: **1000778988** Parentesco: **HITO**
 Teléfono: **3152266719** Cel:
 Dirección Actual: **CRA 31 #17-267**

Firma: **JUAN A.**
 Huella: