

Nº
OX-OV 020416

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: **Cladia Gutierrez N. EPS.**
Entidad: **N. EPS.**
Solitante: **Angelica Clavijo**
Documento: **24370595**
Teléfono: **7495110**
Parentesco: **Muera**
Dirección: **Cra 10 # 18N-06 El Nogal**
Consumo: **3L/24H**
Fecha: **21/09/21**
Autorización: **—**
Teléfono: **—**

ORDEN DE SERVICIO
Nro. Orden: **130416314**
Tipo de Servicio: **Manten. tecnico**
Observación: **—**

REVISIÓN TÉCNICA
Presión O2: **6.5** | Flujo: **2L** | Concentración: **93.7** | Filtro de aire: Cambio Limpieza
Hora Con/trador: **12847** | Código: **NO-15670**

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				CARRITO P.			

Cilindro D688177 con 1700 PSI

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO
 CONCENTRADOR SI NO | C. RESPALDO SI 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
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$150.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$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):
Ventilador malo se recoge equipo en buenas condiciones se entrega equipo en buenas condiciones revisado por el arduiente
Pequeña Manija por baja señal.
 Funcionario Entrega: **Andrés Aguado** | Documento: **6119281** | Hora Servicio: **9:40**

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 **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, 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: **Angelica Clavijo**
 Documento: **41955905**
 Teléfono: **7495110 - 7495110**
 Dirección Actual: **Cra 10 # 18N-06 El Nogal - Armenta**
 Parentesco: **Muera**
 Sel: **314 7458089**
 Firma: **Angelica Clavijo**
 Huella: **—**