

Nº OX-OV 020587

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

Código: GDL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	<u>Maria Nivia</u>	Documento	<u>41514673</u>	Dirección	<u>Calle 71 bis sur #87280</u>	Fecha	<u>2017/08/04</u>
Entidad	<u>Xuzua EPS</u>	Teléfono	<u>3133512052</u>	Consumo		Autorización	
Solicitante	<u>Maria Nivia</u>	Parentesco	<u>Paciente</u>	Teléfono	<u>3133512052</u>		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	<u>Racogida "Entrega" de Equipos</u>	Tipo de Servicio	<u>por no uso</u>	Observación	
------------	--------------------------------------	------------------	-------------------	-------------	--

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	7	F	S	A	B	20	19	0	20	0	8	1
C. RESPALDO						C. RESPALDO	D	6	8	7	1	4	6					
REGULADOR 540						REGULADOR 540	R	R	-	2	3	9	6	1				
C. PORTATIL						C. PORTATIL	B	X	9	2	9	6	1					
REGULADOR 870						REGULADOR 870	I	X	0	2	0	0	6	9	1			
CARRITO P.						CARRITO P.	C	P	2	4	1	5						

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input 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/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 racogien equipos en buen estado, por que paciente manifiesta que hace un año no lo usa y lo entrega a voluntad propia de la paciente

Hora Servicio: 09:25

Funcionario Entrega: A Gomez Documento: JKO 625

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

<p>RECOGIDA DE EQUIPOS</p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p>FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.</p> <p><u>Devolucion Voluntaria.</u></p>	<p>CONSUMIBLES RECIBIDOS</p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>PAGOS</p> <p>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:</p> <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$10.500</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$10.500</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$10.500	\$	\$	\$10.500	<p>CALIDAD DEL SERVICIO</p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p> <p><u>Bueno</u></p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$10.500	\$	\$	\$10.500						

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 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, 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	<u>Maria Esth Nivia Privata</u>	Firma	<u>Maria Esth Nivia Privata</u>	Huella	
Documento	<u>41514673</u>	Parentesco:	<u>paciente</u>		
Teléfono	<u>3133512052</u>				
Dirección Actual	<u>Calle 71 Bis Sur # 87280</u>				