



Nº
OX-OV 020434

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

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

Paciente	Ines Sierra	Documento	25089416	Dirección	C1169#23B56 B/palexma	Fecha	22/07/22
Entidad	buena eps	Teléfono	3168154338	Consumo	1L/18H	Autorización	
Solicitante	elizabeth ramirez	Parentesco	administradora	Teléfono	8886678		

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130485287	Recogida total	

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						
C. RESPALDO							C. RESPALDO						
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPORTE DE DAÑOS RQ- 22658B														
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):
 No se realiza el servicio ya que el paciente desconoce los equipos se le informa a la señora elizabeth ramirez en compañía del hogar que la empresa despues de 3 dias habiles genera el cobro por el alquiler.
 Funcionario Entregó: Juan Pablo Rodriguez Documento: 1088011256

Hora Servicio: 15:00

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)		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)	
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA	Fallecimiento del Paciente.	HUMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/>
ORDEN MÉDICA	Devolución Voluntaria.	CÁNULA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO AFILIACIÓN	Por Orden Médica.	TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/>
	Por Orden Médica.		
	Cambio de Proveedor.		
	Estado Afiliación EPS.		

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	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 con las finalidades relacionadas con el objeto social de 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	elizabeth ramirez		Parentesco:	administradora	
Documento	30239330	Tel:	3168154338	Firma	Elizabeth Ramirez
Teléfono	8886678				00.209.380
Dirección Actual	C1169# 23B56 B/palexma			Huella	