

Nº
 OX-OV **020010**

ORDEN DE VISITA
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 330276-548101-0147812203

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Jose Londono** Documento: **4324744** Dirección: **MZ 3 CS 26 Galicia**
 Etimología: **Nueva ERT** Teléfono: **3 CS**
 Solicitante: **Valentina Londono** Parentesco: **Hija** Teléfono: **7008237662**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **Recarga no justificada se hace recarga de cilindro**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: **6.9** Fugas: **3** Concentración: **96.0** Filtro de alta: Cambios: Hora Contrador: **14:10** Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	D 7 0 1 0 7 9			C. RESPALDO		1 5 0 7 5 0 0 2 6	
REGULADOR 548				REGULADOR 548			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 578				REGULADOR 578			
CARRITO P				CARRITO P			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 548 REGULADOR 578 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Sistema Central	\$5.000		Sistema Filtro Lateral	\$15.000		Caricasea Concentrador	\$150.000	
Filtro Sistema Lateral	\$5.000		Manga	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Basis Concentrador	\$80.000		Fajinetas	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Emergencia	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Breter de Resol	\$10.000		Tapa de Filtro interno	\$20.000	

Nro. Reporte: **1093538101** Valor de Daños \$: **530.000** Valor Pagado \$:

Observaciones de la Visita: **Se hace recarga de cilindro, se deja lleno revisado por el accidente** Hora Servicio: **14:10**

Funcionario Entrega: **Juan Sebastian Valencia** Documento: **1093538101**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS
 Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo (Escriba el Motivo):
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria
ORDEN MEDICA Por Orden Médica
CAMBIO Cambio de Proveedor
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS

CONSUMIBLES RECIBIDOS
 Me entregaron los siguientes Consumibles (Escriba SI o NO)
 HUMIDIFICADOR
 CAMBIA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS
 HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
 Cuota Meteradora: \$ - Daño Equipo: \$ - Otros Pagos: **130.000** Total: **530.000**

CALIDAD DEL SERVICIO
 CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escriba la Calificación)
 EXCELENTE **Excelente**
 BUENO
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Registro General de Hechos Data, registrado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el registro de tres datos personales en el presente Consentimiento, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S. identificada con NIT 900 481 014-C a dirección electrónica proteccionde datos@oxproas.com o cualquier otro responsable, para hacer mis datos personales de acuerdo con el Tratamiento de Datos Personales OXPRO S.A.S. quede autorizada para recolectar, almacenar, actualizar, usar, recibir, compartir, consultar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, divulgar, sustrair y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con los estándares relacionados con el derecho social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historia Clínica, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Ejecución de Ordenes de Atención al Cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, Control de Insumos e Insumos, e implementación de obligaciones legales, gestión de estadísticas internas, Recopilación de información a los Usuarios, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. Envió de comunicaciones, Control de Insumos, Gestión de Cobros. Reservo el derecho de la información y datos personales que he de puesto para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S. lo he suministrado de forma voluntaria y de verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO
 Nombre: **Valentina Londono Lopez** Parentesco: **Hija**
 Documento: **42142252** Teléfono: **300 823 7662**
 Dirección Actual: **MZ 3 CS 26 Galicia del Parque**

Firma:



RECIBO DE PAGO OX-OP 14476

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3322770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Jose Londono	3/06/2022

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)	7	30.000
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portatil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	30.000

--

Entrega:	Juan Sebastian Valencia	Juan Sebastian Valencia
Nombre:		
Cédula:	1093538101	Firma
Recibe:	Valentina Londono	[Firma]
Nombre:		
Cédula:	42142252	Firma

GOL-SED-FR-09-15/08/2017