

Nº
OX-OV 020244

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320529
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAJETERO 180779 300779 300779 2200

Fecha	05/07/19
Hora	10:15
Atend.	
Atend. 2	

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Gabriel Puroque** Document: **80237801** Dirección: **Santa Ana Casa 11** No: **14312**
Entidad: **Colmedico** Teléfono: **3110535170** Compañía:
Solicitante: **Gabriel Puroque** Parentesco: **Paciente** Teléfono: **3110535170**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130446 179** Tipo de Servicio: **Recogido total** Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Impreso: Hora Contrador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	194	34	33
REGULADOR 540				REGULADOR 540	23	42	33
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870	210	18	27
CARRITO P.				CARRITO P.	33	46	50

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

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 Contrador	\$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	
						Accesorios	\$20 000	
						Carrito Portatil	\$20 000	
						Regulador 470	\$80 000	
						Regulador 540	\$80 000	
						Otros		

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): **Se rogen los equipos probados y revisados con faltante de bobina portatil ya que no se tienen en el domicilio** Hora Servicio: **10:15**

Funcionario Entrega: **Juan Medina** Documento: **SPN 187**

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):
Por Orden Medico.

FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.
ORDEN MEDICA: Por Orden Médica.
CAMBIO: Cambio de Proveedor.
AFILIACION: 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
\$148900	\$	\$	\$148900


CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación):
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@oxiproaaa.com con un carácter 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, cumplir, 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 medicamentosa, 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: **Gabriel Alfredo Puroque Garcia**
Documento: **80237801** Parentesco:
Teléfono: **3115162490** Cel:
Dirección Actual: **Santa Ana 2 casa 55**

Firma: 
Huella: