

N°
OX-OV **020322**

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	Jorge Pinilla	Documento	79163829	Dirección	Cll 75A 6 11	Fecha	7/9/2017
Entidad	Nueva Eps	Teléfono	3134652209	Consumo		Autorización	
Solicitante	Jorge Pinilla	Parentesco	Paciente	Teléfono	3134652209		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130459707	Tipo de Servicio	Entrega Inicia.	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	2	F	S	0	2018070000051		CONCENTRADOR							
C. RESPALDO	A	9	2	8	3044		C. RESPALDO							
REGULADOR 540	R	R	-	2	31228		REGULADOR 540							
C. PORTATIL							C. PORTATIL							
REGULADOR 870							REGULADOR 870							
CARRITO P.							CARRITO P.							

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--	---------------	--	---------	--

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	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 entregan los Equipos Prorados Reusado En perfectas condiciones. Se entregan Canula y Humificador En perfectas condiciones**

Hora Servicio: **3:07**

Funcionario Entrega: **Andres Gomez** Documento: **1.031153640**

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.
AFLIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR SI
CANULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

Excelente.

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 OXIPROS.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 **Jorge Elias Pinilla Vargas**
Documento **79163829** Parentesco:
Teléfono **3134652209** Cel:
Dirección Actual **Calle 75A 61-11**

Firma **[Firma]** Huella

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	29	03	22
------------------	-----------------------	-------	----	----	----

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Jorge Pinilla.	Documento Identidad	79163829.
Dirección Comodatario	Cll 75A 61 11.	Tel Comod	313 465 2209.
Dirección Ubicación Equipo	Cll 75A 61 11.	Tel Ubicac	313 465 2209.
Descripción Ubicación Equipos <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro			
Ciudad	Bogotá	Departamento	Cundinamarca
Flujo (L/min)		Horas	
EPS	Nueva EPS.	Nivel IBC	

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato Paciente "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"

Nombre	Documento Identidad	Teléfono	
Dirección			
Ciudad	Departamento		
Parentesco <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro			

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Dirección				
	Lilka Pinilla.	Cll 7 # 9 - 48 Ubaté.				
	Teléfono	Celular	3104439335	Parentesco	Hermana	
	Empresa	Dir. Empresa		Tel. Empresa		
2	Nombre	Dirección	Cll 75A # 61 - 11			
	Teléfono	Celular	3115199397	Parentesco	Cuñado	
	Empresa	Dir. Empresa		Tel. Empresa		

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	7 F 5 0 7 0 1 8 0 7 0 0 0 0 5 1	4 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Marca					
Cilindro de Respaldo	A 9 2 B 3 0 4 4	1 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	R R - 2 3 1 2 2 B	0,15 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina					

INSUMO	Humidificador	SI	Cánula	SI	Carrito	No	Trampa de Agua	NO
--------	---------------	----	--------	----	---------	----	----------------	----

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.

<p>EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S</p> <p>Firma del Comodante (Representante): </p> <p>Nombre Comodante (Representante): Andres Gomez</p> <p>Documento Identidad (Representante): 1031153640</p>	<p>EL COMODATARIO - PACIENTE / FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) YA FAVOR DE ESTE</p> <p>Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego"</p> <p>Firma del Comodatario: </p> <p>Nombre de el Comodatario: Jorge Elias Pinilla Vargas</p> <p>Documento Identidad del Comodatario: 79163829</p>
---	---

