

Nº
OX-OV **020533**

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Ana Sanchez Documento: 24120014 Dirección: Cra 2 # 32-63 Fecha: 4/5/22
Entidad: Familiar Teléfono: 3134343518 Consumo: Z.L./24h Autorización:
Solicitante: Ana Sanchez Parentesco: Bienito Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: Tipo de Servicio: Recepción Totl. Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/trador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|--|--|--|---------------------------|---|----|---|
| CONCENTRADOR | | | | CONCENTRADOR | N | N | 3 |
| C. RESPALDO | | | | C. RESPALDO | 1 | 7 | 3 |
| REGULADOR 540 | | | | REGULADOR 540 | 2 | 2 | 2 |
| C. PORTATIL | | | | C. PORTATIL | 2 | 10 | 1 |
| REGULADOR 870 | | | | REGULADOR 870 | 1 | 8 | 0 |
| CARRITO P. | | | | CARRITO P. | 0 | 0 | 3 |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI 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 recogen equipos en buen estado por orden medica. se hace manual por error de sistema. cilindros en 2000 libras. Hora Servicio: 06:17.

Funcionario Entrega: Walter Rey Soder Documento: SPN 1897

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN 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 |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|
| \$ <u>11.100</u> | \$ <u> </u> | \$ <u> </u> | \$ <u>11.100</u> |

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO
Excelente

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Ana Silvia Sanchez Buitrago Firma: Ana Silvia Sanchez B Huella:
Documento: 24-120-014 Parentesco:
Teléfono: 3134343518 Cel:
Dirección Actual: Cra 2. N-32-63 porquede las p losos2.eluis