

Nº
OX-OV 020447

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

Código:
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Samara pereira	Documento	1059715874	Dirección	San Lorenzo Resguardo indígena
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3155696995	Consumo	7/8
Solicitante	Monica Zamora	Parentesco	madre	Teléfono	3007633553

ORDEN DE SERVICIO			Observación
Nro. Orden	130507260	Tipo de Servicio	recogida total

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador
					Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO					
Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR			CONCENTRADOR	194535095	3P181728010
C. RESPALDO			C. RESPALDO	2010581	19082795
REGULADOR 540			C. PORTATIL	BX 629475	
C. PORTATIL			REGULADOR 870	M1200020	
REGULADOR 870			CARRITO P.	CPO091	
CARRITO P.					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO																	
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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 Con/traidor	\$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		
								Otros			

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	se recogen equipos en buenas condiciones físicas revisados cancelan copagos pendientes			Hora Servicio
Funcionario Entrega:	Juan pablo Rodriguez	Documento:	1059723165	

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 FALLECIMIENTO del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> NO CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO
devolucion voluntaria	

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora	EXCELENTE
Daño Equipo	BUENO
Otros Pagos	REGULAR
Total	EXCELENTE
\$ 14800	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 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 PORS), 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	Monica Zamora	Firma	Monica Zamora B.
Documento	1059723165	Parentesco:	madre
Teléfono	3007633553	Cel:	3155696995
Dirección Actual	San Lorenzo Resguardo Indígena		



RECIBO DE PAGO **OX-OP 14398**

Atención al Usuario Bogotá: 4320520
 Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente <i>BOGOTÁ</i>	Fecha <i>07-11-22</i>
-------------------------------	------------------------------

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		<i>14800</i>
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	<i>14800</i>

Entrega: Nombre: <i>Maria Alejandra...</i>	<i>[Firma]</i>
Cédula: <i>1007702155</i>	

Recibe: Nombre: <i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
Cédula: <i>1007702155</i>	