

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 Autorización:
Solicitante: Monica Zamora Parentesco: madre Teléfono: 3007633553

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130507260 Tipo de Servicio: recogida total Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	<u>194535095</u>	<u>3P181728010</u>	
REGULADOR 540				REGULADOR 540	<u>2010581</u>	<u>190802795</u>	
C. PORTATIL				C. PORTATIL	<u>BX 629475</u>		
REGULADOR 870				REGULADOR 870	<u>M1200020</u>		
CARRITO P.				CARRITO P.	<u>CP0091</u>		

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/traidor	\$150.000		Adaptador Salidas 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 buenas condiciones físicas revisados cancelan copagos pendientes

Funcionario Entrega: Juan pablo Rodriguez Documento: 1059723165

Hora Servicio: 13:00

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)
devolucion voluntaria

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR NO
CÁNULA NO
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 14800	\$ -	\$ -	\$ 14800

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 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 Cel: 3155696995
Teléfono: 3007633553 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 7715114</i>	Fecha
<i>Samanta Reyes</i>	<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>	