

Nº
OX-OV 020443

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	Edith Rodriguez	Documento	24468573	Dirección	C1113 # 10-21 La Tebaida
Entidad	N.EPS.	Teléfono	3108204321	Consumo	21 / 24
Solicitante	Marietta Velasquez	Parentesco	Hija	AutORIZACIÓN	Teléfono 3117518068

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130503772 130503729	Mantenimiento técnico. Recarga de Bep, No justificada.	

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	NO	0	3	0	4	CONCENTRADOR	NO	2	1	2	3
C. RESPALDO	0	7	0	3	8	C. RESPALDO	1	8	1	3	2
REGULADOR 540						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/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).	Manejera Nota se entrega equipo en buenas condiciones se recarga equipo en buen estado, se entrega cilindro lleno a 2000PSI en buenas condiciones, se recoge cilindro vacío en buen estado.			Fecha Servicio
Funcionario Entrega:	J. Andres Aguado P.			Documento: 619281

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 type="checkbox"/> NO CANULA <input type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ 3700</td> <td>\$ -</td> <td>\$ 30.000</td> <td>\$ 33.700</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 3700	\$ -	\$ 30.000	\$ 33.700	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Excelente
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 3700	\$ -	\$ 30.000	\$ 33.700						

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@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	Marietta Velasquez	Firma
Documento	24496634	MARIETTA VELASQUEZ E. 24496634
Teléfono	3108204321	
Dirección Actual	C1113 # 10-21 La Tebaida	



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14395

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Edith Rodriguez 24468573	10/10/22

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

Cancelon Recarar. No justificada 1 vez

Entrega: Nombre:	Marcelita Velazquez	Firma
Cédula:	24446634	Firma
Recibe: Nombre:	J. Andres Agudelo P	Firma
Cédula:	6119281	Firma

GOL-SED-FR-09-15/08/2017



RECIBO DE PAGO

OX-OP

14396

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Edith. Rodriguez 24468573	10/10/22

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora	1	3700
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	3700

Cancelen copago octubre 2022	
Entrega: Marietta Velosquez	MARIETTA VEL
Nombre: Marietta Velosquez	
Cédula: 24496634	Firma
Recibe: Andres Agudelo P.	
Nombre: Andres Agudelo P.	Firma
Cédula: 6119281	

GOL-SED-FR-09-15/08/2017