SE PROGRAMA PARA EL DIA JUEVES 20 DE ABRIL. YGONZALEZ

OxiPro
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 00056

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	Pablo chacon	Documento	17100999.	Dirección	Kra 125B # 87A-10	Fecha	20/4/23
Entidad	Tamisanar	Teléfono	3224100238.	Consumo	2.0 /24.	Autorización	
Solicitante	Pilar Chacon.	Parentesco	Hija.			Teléfono	3024100238.

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130548768.	Recogida total	

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR		NA-3913
C. RESPALDO		A1912047
REGULADOR 540		02303096
C. PORTATIL		7170106
REGULADOR 870		1902301
CARRITO P.		CP-6450

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	C. RESPALDO	C. PORTATIL	REGULADOR 540	REGULADOR 870	CARRITO
SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	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). Los Equipos se recogen Probados y Revisados en Perfectos Condiciones por Fallecimiento del Paciente

Hora Servicio 09:10

Funcionario Entrega: Ruben Dario Reyes. **Documento:** SPV 187

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.
- AFILIACIÓN — Estado Afiliación EPS.

Fallecimiento

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
$4.100	$ /	$ /	$4.100

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 **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: Pilar chacon
Documento: 52759492 Parentesco: Hija
Teléfono: 322 410 0238 Cel:
Dirección Actual:

Firma: Pilar chacon

Huella