

Nº
OX-OV 020115

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	Ricardo Acosta	Documento	15955235	Dirección	Carretera #5-03 Villa Gran	Fecha	28/06/19
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3128389002	Consumo	3x24	Autorización	
Solicitante	Martha Hurtado	Parentesco	Conyugue	Teléfono	3137824693		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130564118 130564119	Tipo de Servicio	Recarga bte por vencer mantenimiento Concentrador P.	Observación	Se recarga cilindro con 2000 psi Se recibe equipo con danos y faltantes
------------	------------------------	------------------	---	-------------	--

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	6.5	Flujo	6.5	Concentración	Filtro de aire	<input checked="" type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	2225	Código	NN-23860
------------	-----	-------	-----	---------------	----------------	--	-----------------	------	--------	----------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR	NN-903B									CONCENTRADOR	NN-2368B								
C. RESPALDO	2071606180									C. RESPALDO	0709107								
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"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------

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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	1	Carcasa Con/trador	\$150.000	1	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Manija	\$50.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrito Portatil	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	2	Switch de Encendido	\$15.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Botón de Reset	\$10.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$	130.000
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------	---------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Accidente cancela valor de danos y faltantes.
Problema para cargar danos al CRM
Hora Servicio: 15:35

Funcionario Entrega: Josian Valencia Documento: EST574 688039268

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"/> SI CÁNULA <input type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora \$ — Daño Equipo \$ 130.000 Otros Pagos \$ — Total \$ 130.000	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 con el objeto social de la 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	Martha Hurtado M.	Firma	<i>Martha Hurtado M.</i>	Huella	
Documento	25.096897	Parentesco	Esposa		
Teléfono	3128389002	cel:	3137824693		
Dirección Actual	Cra 7A # 5-03 Villavale				