

Nº OX-OV 00060

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: Ashlyn Ospino Documento: 1074193066 Dirección: calle 212. C lote 6 Fecha: 10/5/23
Entidad: Familiar Teléfono: 3003472946 Consumo: _____ Autorización: _____
Solicitante: Rosa Bollejos Parentesco: Madre Teléfono: 3003472942

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130552928 Tipo de Servicio: Recogido total Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO	<u>6</u>	<u>8</u>	<u>0</u>
REGULADOR 540				REGULADOR 540	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>9</u>
C. PORTATIL				C. PORTATIL	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>0</u>
REGULADOR 870				REGULADOR 870	<u>0</u>	<u>4</u>	<u>0</u>
CARRITO P.				CARRITO P.	<u>6</u>	<u>0</u>	<u>3</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/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 reusados en perfectas condiciones por no uso orden medica. Hora Servicio: 7:47

Funcionario Entrega: _____ Documento: SPN 187

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

FALLECIMIENTO VOLUNTARIO Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MÉDICA Devolución Voluntaria.
CAMBIO Por Orden Médica.
AFILIACIÓN Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

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
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
 BUENO
 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 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 autorizada 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 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 estadísticas internas, Remisión de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de comunicaciones y medicamentos, Encuestas de Opinión, 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: Ana Milena Meza Parentesco: amiga
Documento: 50935368
Teléfono: 3003472946 Cel: _____
Dirección Actual: Campo alegre MCC. LOTE 6

Firma: Ana Meza Huella: _____