

Nº  
**OX-OV 018046**

**ORDEN DE VISITA**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Fecha: 10/01/2017  
Hora: 9:43

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: **Delfa Moreno** Documento: **296607** Dirección: **C. 14A - 78 - 42 Sur** Fecha: **10/01/2017**  
 Edad: **Nueva EPS.** Teléfono: **3162356253** Consumo:  
 Solicitante: Parentesco: Teléfono:

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **130303069** Tipo de Servicio: **Entrega por fusteo Solo cilindro** 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               |  |
| REGULADOR 540              | <b>06961319</b>  | REGULADOR 540             |  |
| C. PORTATIL                | <b>196802919</b> | C. PORTATIL               |  |
| REGULADOR 870              |                  | REGULADOR 870             |  |
| CARRITO P.                 |                  | CARRITO P.                |  |

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR  C. RESPALDO  C. PORTATIL  REGULADOR 540  REGULADOR 870  CARRITO

**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 Contrador      | \$150.000 |      | Adaptador Sistema 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 entrega equipo por fusteo. Se entrega equipo probado y revisado en perfectas condiciones.** Hora Servicio: **9.43**

Funcionario Entrega: **Santiago Lopez** Documento: **1013691844**

**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 VOLUNTARIA**: Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria.
- ORDEN MEDICA**: Por Orden Médica.
- CAMBIO AFILIACIÓN**: Cambio de Proveedor. 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  
**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](mailto: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 autorizada para recolectar, cumplir, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, suplir 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: **ROSALBA CARDENAS ARDONA** Firma:

Documento: **92581149** Parentesco: **NUERA**

Teléfono: **7524962** Cel: **3162356253**

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_