

ORDEN DE VISITA

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAJETERO: 3302770-340151-31471912353

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: **Alfredo MARTÍN MUENA GPS YULIANA HENAO**

Documento: **41499511**
Teléfono: **3135542107**
Parentesco: **administradora**

Dirección: **Hogar Accesivo Arista**
Consumo: **31224H**
Teléfono: **3135542107**

Nro. Orden

Tipo de Servicio

ORDEN DE SERVICIO

Observación

recogida total

REVISIÓN TÉCNICA

Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Con/Trador

Códigos Equipos Entregados

Códigos Equipos Recogidos

ADADOR	SI	NO	C. RESPALDO	SI	NO	C. PORTATIL	SI	NO	REGULADOR 540	SI	NO	REGULADOR 870	SI	NO
Perdida Central														
Perdida Lateral														
Trador														
Central														

CONCENTRADOR	V/unid	Cant
C. RESPALDO	\$150.000	1
REGULADOR 540	\$20.000	1
C. PORTATIL	\$15.000	1
REGULADOR 870	\$80.000	1
CARRITO P.	\$20.000	1

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

ADADOR	SI	NO	C. RESPALDO	SI	NO	C. PORTATIL	SI	NO	REGULADOR 540	SI	NO	REGULADOR 870	SI	NO
Perdida Central														
Perdida Lateral														
Trador														
Central														

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant
Carcasa Con/Trador	\$150.000	1
Cable de Poder	\$20.000	1
Adapt. a Humidificador	\$15.000	1
Panel Frontal	\$80.000	1
Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1

Recibo CRM

Valor P

Entrega: **JUAN PABLO GONZALEZ** Documento: **6000112**

se recogen equipos en breves condiciones

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
(Escribir el Motivo)

Me entregaron los siguientes (Escribir SI o NO)
HUMIDIFICADOR
CÁNULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

A SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Daño Equipo	\$	0
Otros Pagos	\$	0
Total	\$	0

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

excelente

HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el fin de autorizar de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccióndatos@oxipro.com.co para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, almacenar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades especiales para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y R (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, R (gestión de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones y declaración de la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Yuliana Henao**
Parentesco: **administración**
Teléfono: **3135542107**

Firma

[Firma manuscrita]