



**ORDEN DE VISITA**

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 1302770-3401911-3147912383

Nº **OX-OV 019871**

Fecha: Agosto 04 de 2017

Página 1 de 1

Paciente: **Elvia Carolina Medina - Oxijuda**

Entidad: **Helio Fabio Céspedes**

Solicitante: **Helio Fabio Céspedes**

Documento: **41887249**

Teléfono: **3043999597**

Parentesco: **Conyugue**

Dirección: **Villa Carolina Et. 1 MZ B Casa 1**

Consumo: **3L/24H**

Teléfono: **-**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **130347502** Tipo de Servicio: **Entrega Inicial Concentr.** Observación: **- se les informa que tienen derecho a un**

**130347503** Tipo de Servicio: **Entrega Part. perm. sincroniz. recargas a mes y a reclamar insumos cada**

**REVISIÓN TÉCNICA 3 meses**

Presión O2  Flujo  Concentración  Filtro de aire  Cambio  Limpieza  Hora Contrador  Código

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos							
CONCENTRADOR	M	Z	J	S	S	1	9	4	1	7	9
C. RESPALDO											
REGULADOR 540											
C. PORTATIL											
REGULADOR 870	2	8	6	3	0	7	1	6	7		
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	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Salida Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte: **2000 EST** Recibo Manual  Recibo CRM  Valor de Daños \$ **6119281** Valor Pagado \$ **0**

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se entregan equipos en buenas condiciones concentrador portatil a 2000 EST y Reg 870. Se les brinda informacion de la empresa Oxijuda con las lineas de atencion al cliente. Andres Agudelo P.**

Funcionario Entrega: **Andres Agudelo P.** Documento: **6119281** Hora Servicio: **11:30**

**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.

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR **SI** 090919  
CÁNULA **SI** 020320  
TRAMPA DE AGUA **NO**

**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 [protecciondedatos@oxiprossa.com](mailto:protecciondedatos@oxiprossa.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, Formación 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 lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: **Helio Fabio Céspedes** Firma: **Helio Fabio Céspedes** Huella: **7526502**

Documento: **7926502** Parentesco: **conyugue**

Teléfono: **3043999597** Cel: **3207449118**

Dirección Actual: **Villa Carolina Et. 1 MZ B Casa 1 Armenia.**