SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sede	Dirección	Horario de atención Lunes a Viernes	Sábado
Chapinero	Carrera 24 No 7-35 zona industrial la Salle Manzana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Alhambra	Carrera 21 No 20-21 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No 21-48 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm	9:00 am a 12:00 m
Bogotá	Carrera 12 No 21-23	8:00 am a 5:00 pm	8:00 am a 1:30 pm

Usuario, a través de consignación bancaria o durante la prestación del servicio.

OXPro
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 019872

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

Código:
Fecha:
Versión:
Página

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Eberto Garcia	Documento	3622301	Dirección	117 8, Casa 17 B/Elipro
Entidad	Malimes - Oxiovida	Teléfono	3103945339	Consumo	2L/16L
Solicitante	Nubia Torres Torres	Parentesco	Hija	Autorización	
				Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130347507	Entrega Inicial concentrador	Se les Informa que tienen derec
130347594	Entrega portatil para sin cartilla	recargos al mes y reclamar Insu

REVISIÓN TÉCNICA

3 meses

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	MEJ5S194118	CONCENTRADOR	
C. RESPALDO		C. RESPALDO	
REGULADOR 540		REGULADOR 540	
C. PORTATIL	286317166	C. PORTATIL	
REGULADOR 870	280802556	REGULADOR 870	
CARRITO P.		CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	C. RESPALDO	C. PORTATIL	REGULADOR 540	REGULADOR 870
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida
Filtro Externo Central	$5.000		Soporte Filtro Lateral	$15.000		Carcasa Con/trador	$150.000		Adaptador Salida Humidificador
Filtro Externo Lateral	$5.000		Manija	$50.000		Cable de Poder	$20.000		Carrito Portatil
Base Concentrador	$80.000		Flujómetro	$80.000		Adapt a Humidificador	$15.000		Regulador 870
Rueda	$20.000		Switch de Encendido	$15.000		Panel Frontal	$80.000		Regulador 540
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 Pag

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).: Se entrega concentrador, portatil y Regulador con A 870 todos los equipos en buenos condiciones con la Informacion de los telefonos de Oxiovida, y de la sede donde pueden recoger la portatil y

Funcionario Entrega: J. Andres Agudelo P. **Documento:** 1119281

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.

CONSUMIBLE

Me entregaron los siguient (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR
- CÁNULA
- TRAMPA DE AGUA

PAGOS

IE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
$ 3400	$ —	$ —	$ 3.400

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

- EXCELENTE
- BUENO
- REGULAR
- MALO
- MUY MALO

UTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingr esente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica **proteccionded** ESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, mpartir, comunicar; procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y me ención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Rem ervicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones bros. 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

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

ombre	Nubia Torres Torres		Firma: Nubia Torres T
cumento	29.185.552	Parentesco: Hija.	29185552
léfono		Cel: 3103945339	
ección Actual	B/ Granada cll 17 #23C-39 Armenia		

nubiatorres464@gmail.com