

Nº  
**OX-OV 020325**

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3102770-3401511-341112353

Origen  
Fecha Agosto 14 de 2017  
Usuario  
Página 1 de 1

Paciente	LUZ MARINO	Documento	41798787	Descripción	CHE 66 # 82A-78	Fecha	07/08
Entidad	MEDIMAR EPS	Teléfono	3152074668	Comentarios	7ME Y 12		
Solicitante	LUZ MARINO	Parentesco	PACIENTE	Teléfono	3152074668		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **130377983** Tipo de Servicio: **MANTENIMIENTO (OXÍGENADOR) ENTREGA DESECHABLES** Observación: **PREVENTIVO**

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2  Flujo  Concentración  Filtro de aire  Cambio  Limpieza  Hora Contralador  Costos

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos														
CONCENTRADOR	7	F	S	S	E	2	0	1	9	0	9	0	7	2	0	N	N	-	3	0	0	9	8	
C. RESPALDO																								
REGULADOR 540																								
C. PORTATIL																								
REGULADOR 870																								
CARRITO P.																								

**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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$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 EL EQUIPO PREVIAMENTE REVISADO EN PERFECTAS CONDICIONES POR DE ENTREGA MANIA Y HUMIDIFICADOR. NUEVO CILINDRO EN TCCOIB UNTE B CA 77.**

Funcionario Entrega: **FRUTIAN CAMILO MARTINEZ** Documento: **170112**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b>	<b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b>
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI 010263 CANULA <input checked="" type="checkbox"/> SI 740817 TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> NO

<b>PAGOS</b>	<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

**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@oxipro.sas](mailto:protecciondedatos@oxipro.sas) con un carácter 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 estadísticas internetas, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS) procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internetas, Ramificación 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: **LUZ MARINO ZADINO S.** Firma:

Documento: **41798787** Parentesco: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

Teléfono: **3152074668** Cel: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: **Che 66 # 82A-78 T3 Apto 609**