

Nº  
**OX-OV 020295**

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

Código: 128.011.10.00  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Página 1 de 1

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	DAVID BOTON	Documento	1073030809	Dirección	CALLE 15 # 463	Foto	0911271
Entidad	FAMILIAR.	Teléfono	322 792 0822	Consumo			
Solicitante	ALEXANDRA BOTON	Parentesco	MADRE.	Teléfono	322 792 5822		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	139434985	Tipo de Servicio	RECOGIDA TOTAL.	Observación	EQUIPOS
------------	-----------	------------------	-----------------	-------------	---------

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/Trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	-----------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	1	9	0
C. RESPALDO				C. RESPALDO	2	0	0
REGULADOR 540				REGULADOR 540	1	4	0
C. PORTATIL				C. PORTATIL	2	1	0
REGULADOR 870				REGULADOR 870	2	1	0
CARRITO P.				CARRITO P.	C	P	4

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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 Con/Trador	\$150.000		Adaptador Salida 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 RECOGEN LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO POR FALLECIMIENTO DEL PACIENTE. PC1.	Hora Servicio	07:40
---	--	---------------	-------

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: SPN 147.

**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) <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <input checked="" type="checkbox"/> <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) <b>HUMIDIFICADOR</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <b>CÁNULA</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <b>TRAMPA DE AGUA</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

<b>PAGOS</b>	<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <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.	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) <b>EXCELENTE</b> <b>BUENO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>REGULAR</b> <b>MALO</b> <b>MUY MALO</b>
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@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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 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, 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	Alexandra Botoñ	Firma		Huella
Documento	10709405725	Parentesco:	Tia	
Teléfono	322 792 5822	Cel:		
Dirección Actual	Calle 15 # 4-53 Int. 16			