

Nº  
OX-OV **019480**

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN  
Documento: **29100496** Dirección: **ECISP # 325-42 c. Latina**  
Paciente: **Blanco Leonor Sanchez** Teléfono Consumo: **3143676756**  
Entidad: **Nueva EPS** Parentesco: **Hija** Autorización:  
Solicitante: **Diana Portoja** Teléfono: **3143676756**

ORDEN DE SERVICIO  
Nro. Orden: **130363789** Tipo de Servicio: **Entrega cilindro de respaldo Concentrador**  
**130363790** Entrega Portatil por 3 Dias  
REVISIÓN TÉCNICA  
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	AL - 907B	CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	CC 524587	C. RESPALDO	
REGULADOR 540	RR - 23691B	REGULADOR 540	
C. PORTATIL	DB 708993	C. PORTATIL	
REGULADOR 870	± 90500739	REGULADOR 870	
CARRITO P.	CD 0825	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	
Filtro Externo Central	\$5.000	Soporte Filtro Lateral	\$150.000	Carcasa Con/trador	\$20.000	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000
Filtro Externo Lateral	\$5.000	Manija	\$80.000	Cable de Poder	\$15.000	Carrito Portatil	\$80.000
Base Concentrador	\$80.000	Flujómetro	\$15.000	Adapt a Humidificador	\$80.000	Regulador 870	\$80.000
Rueda	\$20.000	Switch de Encendido	\$10.000	Panel Frontal	\$20.000	Regulador 540	\$80.000
Soporte Filtro Central	\$15.000	Botón de Reset		Tapa de Filtro Interno		Otros	

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
**Se entregan equipos probados y revisados en perfectas condiciones se entregan desechables nuevos**  
Nro. Reporte: **3PN 145**  
Funcionario Entrega: **Santiago Lopez**  
Documento: **3PN 145**  
Valor de Daños \$: **4.00**  
Hora Servicio: **4.00**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

<p>RECOGIDA DE EQUIPOS</p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p><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.</p>	<p>CONSUMIBLES RECIBIDOS</p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/></p>
---	---

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

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

<p>Nombre: <b>Diana Portoja</b></p> <p>Documento: <b>1003709273</b> Parentesco: <b>hija</b></p> <p>Teléfono: <b>3143676756</b> Cel: <b>3143676756</b></p> <p>Dirección Actual: <b>carrera 51 # 325 48 sur</b></p>	<p>Firma</p> <p><b>Diana Portoja</b></p>	<p>Huella</p>
---	--	---------------