

Nº  
**OX-OV 020292**

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

Código: OX-002-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	GLORIA BUITRAGO.	Documento	41791069	Dirección	DING 84A # 76C-28	Fecha	20/11/21
Entidad	MUJER EPS	Teléfono	3134486879	Consumo		Asesor	
Solicitante	GLORIA BUITRAGO.	Parentesco	PACIENTE.	Teléfono	313 448 6879		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130430643	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 Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	----------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

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

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--	---------------	--	---------	--

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000	

Valor de Daños \$ 5000. Valor Pagado \$ 0.

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
SE RECOGEN LOS EQUIPOS EN BUEN ESTADO POR NO USO LOS ENTREGA VOLUNTARIAMENTE Y RECIBE EQUIPO CON FILTRO FALTANTE NO MEJIA DARO.

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: SPN 147. Hora Servicio: 09:40

**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 Voluntario del Paciente.  
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.  
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.  
CAMBIO Cambio de Proveedor.  
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

*Devolución voluntaria*

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR  NO  
CANULA  NO  
TRAMPA DE AGUA  NO

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 7000.	\$ 0	\$ 0	\$ 7000

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE   
BUENO  
REGULAR  
MALO  
MUY MALO

**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 [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondatos@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: *Gloria Buitrago B*  
Documento: *41791069* Parentesco: *paciente*  
Teléfono: *3134486879* Cel:  
Dirección Actual: *Diagonal 84 A 76C 28*

Firma: *Gloria Buitrago B*  
Huella: