



N°
OX-OV 020668

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4325528
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 188775 04011-0479230

Fecha: 24/10/21
Página 1 de 2

Información de Programación
 Paciente: Acistobulo Lopez | Documento: 11332772 | Ciudad: V. Ramado | Fecha: 24/10/21
 Estado: Nueva EPS | Teléfono: 3153551654 | Parentesco: El paciente
 Substrato: Acistobulo Lopez

ORDEN DE SERVICIO
 Nro. Orden: 130424798 | Tipo de Servicio: Mantenimiento a concentrador | Observación:

REVISIÓN TÉCNICA
 Presión O2: 66 | Flujo: | Concentración: 95 | Filtro de aire: | Caudal: | Hora Contrador: 1654 | Código:

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				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	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 Base Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo 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		Cable		

Nro. Reporte: | Recibo Manual: | Recibo CRM: | Valor de Daño: \$ | Valor Pagado: \$
 Observaciones de la visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Equipo funcionando dentro de los parámetros Normales. No se cobrará cuota por que no tiene el dinero en el momento
 Funcionario Entrega: *Santiago Lopez* | Documento: *SPN 145*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS | CONSUMIBLES RECIBIDOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
 FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente.
 VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.
 ORDEN MÉDICA: Por Orden Médica.
 CAMBIO: Cambio de Proveedor.
 AFILIACIÓN: Estado Afiliación EPS.
 (Escribir el Motivo)

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escriba SI o NO)
 HUMIDIFICADOR
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS | CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:
 Cuota Moderadora: \$ | Daño Equipo: \$ | Otros Pagos: \$
 No Pago Total: \$ 238.100

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Excelente

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@oxiproas.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 autorizada 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, 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: *Acistobulo Lopez* | Documento: *11332772* | Parentesco: *El paciente*
 Teléfono: *3153551654* | Cel.: | Dirección Actual: *V. Ramado Cucumbra*
 Firma: *Acistobulo Lopez* | Huella: