			A STATE OF THE PARTY OF THE PAR
		100 400	Código: GOL-SED-FF
Dro	Nº	ORDEN DE VISITA	Fecha: Agosto 04 de 2
	AND AND A STREET	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 432052	Versión:
OXÍGENOS MEDICINALES NIT. 900.481.014-0	ox-ov 21052	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-314791235	Página 1 de 2
900.481.014-0		FORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN	
Paciente MC (C-C		ocumento 1053639 Dirección Cra 109 12	510-25 Fecta 9 5
Entidad		Consumo	dorización
Solicitante		rentesca Hija Marwara an anna Teléfono	312475 1848
	and president and second	ORDEN DE SERVICIO	halford and the beat to
Nro. Orden	Tipo de Servi	the state of the s	The transfer of the transfer o
	berodigo ge (EQUIPOS	
A Maria and Channer Mark	the party of the same of the same of	The same of the sa	A SHARE
A STATE OF THE STA	That is 5,800 but a felt one come	REVISIÓN TÉCNICA SOM	
Presión O2 Flujo	Concentración	Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Con/trador	Código
DESCRIPTION OF THE RES	EQUIPOS:	: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO	
Códig	os Equipos Entregados	Códigos Equipos Rec	ogidos
CONCENTRADOR	100	CONCENTRADOR N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	33079
C. RESPALDO	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	CONCENTRADOR C. RESPALDO REGULADOR 540 REGULADOR 540 REGULADOR 540	9 7 B
REGULADOR 540 C. PORTATIL	10051 1.6. 13.8	C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870	
CARRITO P.		CARRITO P.	
	EQUI	IPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO	Cancelacion Cubs
CONCENTRADOR SI NO C	C. RESPALDO SI NO C. PORTA	ATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870	NO CARRITO SI
		REPORTE DE DAÑOS	Total Company of the Company
Daño/Perdida V/unit	Cant Daño/Perdida		Perdida V/unit Car
Filtro Externo Central \$5.000	Soporte Filtro Lateral §	\$15.000 Carcasa Con/trador \$150.000 Adaptador Salida Hur	nidificador \$20.000
filtro Externo Lateral \$5.000	Manija \$	\$50.000 Cable de Poder \$20.000 Carrito Pol	
ase Concentrador \$80.000	Flujómetro \$	\$80.000 Adapt a Humidificador \$15.000 Regulador	Const
tueda \$20.000	Other de Literature	\$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	at parties of a second second
Iro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM Valor de Daños \$	alor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	ran pluesoica serboeu pagiciouca	Documento: 140 CS2	Hora Servicio
		Documento:	
Incionario Entrega:	MIN WINGSTON		to the amount of agreement
Incionario Entrega:		RA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE	Designation of the second
Incionario Entrega: <u>HO</u>		RA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE DIPOS CONSUM	IBLES RECIBIDOS
The second of th	ESPACIO PA	IPOS CONSUM Ciliario por el siguiente motivo: Me entregaron los siguiente motivo:	IBLES RECIBIDOS guientes Consumibles
o declaro hacer devolución de	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU a los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente.	IPOS Ciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) CILIARIO POR EL PACIENTE CONSUM Me entregaron los siguiente (Escribir SI o NO)	guientes Consumibles
declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNȚARIA Devolución	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU le los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria.	IPOS CIliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) Me entregaron los siguiente (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADO	guientes Consumibles
declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNȚARIA Devolución	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Védica.	IRA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE DIPOS CIliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) HUMIDIFICADO CÁNUL	guientes Consumibles R (Saint) (Si) on netae (A (Saint) (Saint) (Saint) (Saint)
declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA Por Orden M	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Védica. Proveedor. ación EPS.	CONSUM Consum Me entregaron los siguiente motivo: (Escribir el Motivo) CANUL TRAMPA DE AGU TRAMPA DE AGU	guientes Consumibles R (Salar) (1919 translate) A (Salar) (1919 translate) A (Salar) (1919 translate)
declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA Por Orden N CAMBIO Cambio de I	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU e los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor.	CALIDAD DEL SERVICE ARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE CONSUM Me entregaron los sia (Escribir el Motivo) HUMIDIFICADO CANUL TRAMPA DE AGU CALIDAD DEL SERVICE CANUAL CALIDAD DEL SERVICE CANUAL TRAMPA DE AGU	R Sign of the rest of the second seco
o declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA Por Orden N CAMBIO Cambio de I AFILIACIÓN Estado Afilia	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU a los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Wédica. Proveedor. ación EPS. PAGOS	ARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE DIPOS CIliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) HUMIDIFICADO CÂNUL TRAMPA DE AGU CALIDAD DEL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación	R Sign of the Relation of the
o declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA Por Orden N CAMBIO Cambio de I AFILIACIÓN Estado Afilia	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU e los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación EXCELENTE DIPOS CONSUM Me entregaron los sia (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADO CÁNUL TRAMPA DE AGU CALIDAD DEL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS CONSUM Me entregaron los sia (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADO CÁNUL TRAMPA DE AGU CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación ExCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación Inc.) EXCELENTE BUENO DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación Inc.) EXCELENTE BUENO DIPOS DIPOS Me entregaron los sia (Escribir Ia Calificación Inc.) EXCELENTE BUENO DIPOS DIPOS	R Sign of the Research of the
o declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA POR Orden N CAMBIO Cambio de R AFILIACIÓN Estado Afilia	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU e los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: uipo Otros Pagos	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR MALO) TOTAL TOTAL TRAMPA DE AGU CALIDAD DEL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR MALO)	R Consumibles R Consumibles A Consumible of the consumity of the consumi
o declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución RDEN MÉDICA Por Orden N CAMBIO Cambio de I AFILIACIÓN Estado Afilia	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU e los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR BURNO) CIRCA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE Me entregaron los sia (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADO CÁNUL TRAMPA DE AGU CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR BUENO REGULAR BUENO REGULAR)	R Signature Consumibles A Signature Consumible Consumi
D declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR ORDEN MÉDICA CAMBIO Cambio de FAFILIACIÓN Estado Afilia PAGADO LA SUMA TOTAL POR INTERPORTO DA POR INTERPORTO DE CONTROL DE CO	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: Ilipo Otros Pagos spilimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprir ión, Historial clínico, programas de promoci dimientos administrativos, cumplimiento	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR MALO	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar compilar, almacenar, usar, circis relacionadas con el objeto socia edicamentos, Encuestas de Opinisión de información a los titulas. Control de Inventario.
D declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR ORDEN MÉDICA CAMBIO Cambio de FAFILIACIÓN Estado Afilia PAGADO LA SUMA TOTAL POR INTERPORTO DA POR INTERPORTO DE CONTROL DE CO	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: Lipo Otros Pagos smplimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T cruzar, transferir, transmitir, depurar, supri foi, Historial clínico, programas de promoci dimientos administrativos, cumplimiento lampañas de actualización de datos e infor ción y datos personales que he dispuesto p	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR MALO MUY MALO M	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar compilar, almacenar, usar, circis relacionadas con el objeto socia edicamentos, Encuestas de Opini isión de información a los titula s. Control de Inventario
D declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR MÉDICA POR Orden M CAMBIO Cambio de Estado Afilia PAGADO LA SUMA TOTAL POR Daño Equipara Contrato, autorizo de manera volición al cliente (gestión PORS), procesición al cliente (gestión PORS), proceso, Finalmente declaro que la informa	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: lipo Otros Pagos spinimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprir ón, Historial clínico, programas de promoci dimientos administrativos, cumplimiento ampañas de actualización de datos e infor ción y datos personales que he dispuesto p	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO MUY MALO MUY MALO DEL SERVICIO COMO (Escribir a de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el in PRO S.A. S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccion ded Tratamiento de Datos Personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidade ión y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y mó incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Ren remación de cambios en el tratamiento de datos personales, Envio de comunicacione para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar de contraction de comunicacione para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar de contraction de comunicacione para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar de contraction de comunicacione para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y portar de contraction	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar, compilar, almacenar, usar, circus relacionadas con el objeto socia edicamentos, Encuestas de Opinisión de información a los títulas, Control de Inventarios, Gestiór es veridica.
D declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR ORDEN MÉDICA CAMBIO Cambio de FAFILIACIÓN Estado Afilia PAGADO LA SUMA TOTAL POR INTERPORTO DA POR INTERPORTO DE CONTROL DE CO	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU a los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: uipo Otros Pagos spino Otros Pagos mplimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T. cruzar, transferir, transmitir, depurar, supri ión, Historial clínico, programas de promoci edimientos administrativos, cumplimiento ampañas de actualización de datos e infor ción y datos personales que he dispuesto p INFORMACI INFORMACI	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación PRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccionded Tratamiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Renormación de cambios en el tratamiento de dotos personales. Envio de comunicacione para el tratamiento de Otipro Para el tratamiento de Cambios en el tratamiento de dotos prare de Oxipro S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccionded Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolentación y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y m/incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Renormación de cambios en el tratamiento de datos personales. Envio de comunicaciones para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y lión DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar compilar, almacenar, usar, circis relacionadas con el objeto socia edicamentos, Encuestas de Opini isión de información a los titula s. Control de Inventario
D declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR MÉDICA POR Orden M CAMBIO Cambio de Estado Afilia PAGADO LA SUMA TOTAL POR Daño Equipara Contrato, autorizo de manera volición al cliente (gestión PORS), procesición al cliente (gestión PORS), proceso, Finalmente declaro que la informa	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU la los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: lipo Otros Pagos spinimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprir ón, Historial clínico, programas de promoci dimientos administrativos, cumplimiento ampañas de actualización de datos e infor ción y datos personales que he dispuesto p	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación REGULAR MALO MUY MALO PRO S.A. S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccion ded Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A. S queda autorizado para recolectar imir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidade incumplimiento de Obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Ren rimación de cambios en el tratamiento de datos personales. OXIPRO S.A. S la he suministrado de forma voluntaria y disponer mis datos personales. OXIPRO S.A. S la he suministrado de forma voluntaria y disponer mis datos personales diagnósticos, gestión de ordenes médicas y m / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Ren rimación de cambios en el tratamiento de datos personales, Envio de comunicacione para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A. S la he suministrado de forma voluntaria y lÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar compilar, almacenar, usar, circa relacionadas con el objeto socie adicamentos, Encuestas de Opinisión de información a los títulas, Control de Inventarios, Gestión es veridica. Huella
De declaro hacer devolución de ALLECIMIENTO Fallecimient VOLUNTARIA Devolución POR ORDEN MÉDICA POR ORDEN MÉDICA POR ORDEN DE STADO AFILIACIÓN ESTADO AFILIACIÓN ESTADO AFILIACIÓN ESTADO AFILIACIÓN ESTADO AFILIACIÓN ESTADO EQUIDA DE CONTROL DE	ESPACIO PA RECOGIDA DE EQU a los Equipos de Oxígeno Domic to del Paciente. Voluntaria. Médica. Proveedor. ación EPS. PAGOS R CONCEPTO DE: uipo Otros Pagos spino Otros Pagos mplimiento del Régimen General de Habe untaria, previa, expresa e informada a OXIF ersonales de acuerdo con su Política de T. cruzar, transferir, transmitir, depurar, supri ión, Historial clínico, programas de promoci edimientos administrativos, cumplimiento ampañas de actualización de datos e infor ción y datos personales que he dispuesto p INFORMACI INFORMACI	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación PRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccionded Tratamiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Renormación de cambios en el tratamiento de dotos personales. Envio de comunicacione para el tratamiento de Otipro Para el tratamiento de Cambios en el tratamiento de dotos prare de Oxipro S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccionded Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolentación y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y m/incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Renormación de cambios en el tratamiento de datos personales. Envio de comunicaciones para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y lión DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO	greso de mis datos personales e atos@oxiprosas.com en calidar compilar, almacenar, usar, circa relacionadas con el objeto socie adicamentos, Encuestas de Opinisión de información a los títulas, Control de Inventarios, Gestión es veridica. Huella