



Nº  
**OX-OV 21067**

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

Código: GOL-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Blanca Castañeda	Documento	41530079	Dirección	Dijad 57A # 2-43
Entidad	Nueva EPS	Teléfono		Consumo	
Solicitante	Blanca Castañeda	Parentesco	Paciente	Teléfono	3118759702

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
30492267	Recogida portatil	

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						
C. RESPALDO							C. RESPALDO						
REGULADOR 540							REGULADOR 540						
C. PORTATIL							C. PORTATIL	A	S	1	5	2	0
REGULADOR 870							REGULADOR 870	D	H	1	0	1	0
CARRITO P.							CARRITO P.						

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO													
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant	
\$5.000	1	Filtro Externo Central	\$15.000	1	Soporte Filtro Lateral	\$150.000	1	Carcasa Con/trador	\$20.000	1	Adaptador Salida Humidificador
\$5.000	1	Filtro Externo Lateral	\$50.000	1	Manija	\$20.000	1	Cable de Poder	\$15.000	1	Carrito Portatil
\$80.000	1	Base Concentrador	\$80.000	1	Flujómetro	\$15.000	1	Adapt a Humidificador	\$80.000	1	Regulador 870
\$20.000	1	Rueda	\$15.000	1	Switch de Encendido	\$80.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540
\$15.000	1	Soporte Filtro Central	\$10.000	1	Botón de Reset	\$20.000	1	Tapa de Filtro Interno			Otros

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se recoge equipo en buen estado**

Funcionario Entrega: **Lourdes Cortes** Documento: **S JKU 625**

Hora Servicio: **12:50**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<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	\$	\$	\$	\$	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
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**

Nombre: **Blanca Lilia Castañeda** Firma:

Documento: **415030079** Parentesco: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

Teléfono: **41530079** Cel: **3118759702**

Dirección Actual: **Dijad 57A # 2-43 Sur**