

Nº  
OX-OV **22012**

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	<i>Avz Mary Mantuenda</i>	Documento	<i>24496667</i>	Dirección	<i>M729LS10</i>	Fecha	<i>150823</i>
Entidad	<i>Nuvia EPS</i>	Teléfono	<i>3004962084</i>	Consumo	<i>3L</i>	Autorización	
Solicitante	<i>Beatriz Noroña</i>	Parentesco	<i>Hija</i>	Teléfono	<i>3017101609</i>		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	<i>130575243</i> <i>130574221</i>	Tipo de Servicio	<i>Reserva Portatil</i> <i>Reserva Cilindro 20.</i>	Observación	<i>Se hace reserva en buenas condiciones</i> <i>Se hace reserva en buenas condiciones</i>
------------	--------------------------------------	------------------	--	-------------	--

**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	D	7	1	0	1	3	7	0	9	C. RESPALDO	2	0	7	0	5	8	3	0	1	8
REGULADOR 540	2	2	0	2	1	0	9	0	9	REGULADOR 540	0	X	Y	3	5	8				
C. PORTATIL	D	C	S	8	4	1	9	7		C. PORTATIL	6	3	9	0	6	1	0	0		
REGULADOR 870	2	0	1	1	0	5	4	1		REGULADOR 870	0	X	Y	7	0	4				
CARRITO P.										CARRITO P.										

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

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

**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 Con/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito 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		Otros		

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño). *Se hace reserva de cilindro de respaldo no justificado queda pendiente el pago en cartera se hace reserva de portatil en buenas condiciones.*

Funcionario Entrega: *Santiago Pelaez* Documento: *1088026375*

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

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR
- CÁNULA
- TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$	\$	\$ <i>30.000</i>	\$ <i>0.</i>

**CALIDAD DEL SERVICIO**

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 [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 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, 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	<i>Beatriz Noroña</i>	Firma	Huella
Documento	<i>24499342</i>	Parentesco:	<i>Hija</i>
Teléfono	<i>3017101609</i>	Cel:	<i>3004962084</i>
Dirección Actual	<i>M729LS10</i>		

*Beatriz Noroña et.*