

Nº OX-OV 020333

**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	LAURA GONZALEZ.	Documento	1028401471	Dirección	FUNTA LA FLOIDA.	Fecha	30/09/17
Entidad	FAMILIAR.	Teléfono	311 312 4128	Consumo		Autorización	
Solicitante	BIANCA RINCON	Parentesco	MAMA.	Teléfono	3113124128		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130382567.	Tipo de Servicio	RECARGA CILINDRO	Observación	RESPALDO.
------------	------------	------------------	------------------	-------------	-----------

**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	0	6	9	C. RESPALDO	1	7	3
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

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

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	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 ENTREGA EL EQUIPO PROBADO REVISADO EN PERFECTO (CONDICIONES) PCI	Hora Servicio	07:55
---	---	---------------	-------

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: JPN 142

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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  NO  
 CÁNULA  NO  
 TRAMPA DE AGUA  NO

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE  
 BUENO  
 REGULAR  
 MALO  
 MUY MALO

REGULAR

**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	<u>Hilda Rincon</u>	Firma	<u>Hilda Rincon</u>	Huella
Documento	<u>1020717144</u>	Parentesco:	<u>mama</u>	
Teléfono	<u>3113124128</u>	Cel:	<u>3113124128</u>	
Dirección Actual	<u>finca Katunga</u>			