

Nº  
**OX-OV 020409**

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Blanca Lopez.	Documento	25378620	Dirección	M7 Alcaza 5 M/negro
Entidad	N. EPS	Teléfono	313 5120674	Consumo	3L/24A.
Solicitante	Jose eliberto silva	Parentesco	Hijo	Autorización	-
				Teléfono	-

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	5.4	Flujo	2L	Concentración	46.7	Filtro de aire
						<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza
						Hora Con/traidor (3350) Código (UN-868B)

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO					
Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR	UN-1694B	FI. 0008.	CONCENTRADOR	UN-868B.	FI. 13350
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	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" 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		Filtro Externo Central	\$15.000		Soporte Filtro Lateral	\$150.000		Carcasa Con/traidor	\$20.000		Adaptador Salida Humidificador
\$5.000		Filtro Externo Lateral	\$50.000		Manija	\$15.000		Cable de Poder	\$80.000		Camrto Portatil
\$80.000		Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$80.000		Regulador 870
\$20.000		Rueda	\$15.000		Switch de Encendido	\$80.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540
\$15.000		Soporte Filtro Central	\$10.000		Bolón de Reset	\$20.000		Tapa de Filtro Interno			Otros

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
**Alarma #1 se recoge equipo en buenas condiciones se entrega equipo en buen estado revisado por el accidente, no se hace reparación porque el cilindro tiene 1000 PSI y vence en Dic. 2021**

Funcionario Entrega: **Suarez Pablo Rodriguez** Documento: **1088011256**

**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>\$ 7.000.</td> <td>\$ —</td> <td>\$ —</td> <td>\$ 7.000</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 7.000.	\$ —	\$ —	\$ 7.000	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <b>Excelente</b>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 7.000.	\$ —	\$ —	\$ 7.000						

**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	Jose eliberto silva.	
Documento	18 395 902	Parentesco: Hijo
Teléfono	313 5120674	Cel: 3126984378
Dirección Actual	M7 E casa 5 Tomas cipriano M/negro.	
	Firma	Huella
	<b>Jose eliberto silva</b>	

condon copagos hasta Agosto 2021