



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº OX-OV 020270

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	MARIA VELASQUEZ	Documento	20499615	Dirección	CUCUNUBA EJE CAFETERO	Fecha	12/03/17
Entidad	FAMISANAR	Teléfono	3503721697	Consumo		Autorización	
Solicitante	MARIA MONTAÑO	Parentesco	Hija	Teléfono	3503721697		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130384108 130384109	Tipo de Servicio	SERVICIO TECNICO REAREA POR	Observación	A EXMICILIO LITE A CENTER
------------	------------------------	------------------	--------------------------------	-------------	------------------------------

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados								Códigos Equipos Recogidos							
CONCENTRADOR	0	2	3	4	5	6	7	CONCENTRADOR	0	2	3	4	5	6	7
C. RESPALDO	0	2	3	4	5	6	7	C. RESPALDO	0	2	3	4	5	6	7
REGULADOR 540	0	2	3	4	5	6	7	REGULADOR 540	0	2	3	4	5	6	7
C. PORTATIL	0	2	3	4	5	6	7	C. PORTATIL	0	2	3	4	5	6	7
REGULADOR 870	0	2	3	4	5	6	7	REGULADOR 870	0	2	3	4	5	6	7
CARRITO P.	0	2	3	4	5	6	7	CARRITO P.	0	2	3	4	5	6	7

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	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/traidor	\$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):
 DE CAMBIA EQUIPOS POR BATA PRECION DE ENTREGAN LOS EQUIPOS PROBADOS REVICADOS EN PERFECTAS CONDICIONES
 Hora Servicio: 09:00
 Documento: JPN 142

Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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 NO

CÁNULA NO

TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE

BUENO

REGULAR

MALO

MUY MALO

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 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	Maria Rubiel Montano Velasquez	Parentesco	Hija
Documento	20458476	Teléfono	3194459573
Dirección Actual	Altodeaire del municipio Cucunubá		

Fecha: 12/03/17

Huella