

Nº  
**OX-OV 21542**

**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	DNA CAMACHO	Documento	41547832	Dirección	CALLE 34 SUR # 7-69	Fecha	26-07
Entidad	NUOVA - E. P. S.	Teléfono	3124135663	Consumo	2.0 LITROS	Autorización	
Solicitante	ALVARO ENSIZO	Parentesco	ESPOSO	Teléfono	3124135663		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	OXIMETRIA MANTENIMIENTO EN DOMICILIO	

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	7.6	Flujo	2.0	Concentración	96.0	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	14876	Código	NN230 B.
------------	-----	-------	-----	---------------	------	----------------	--	-----------------	-------	--------	----------

**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					
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 type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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/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):  
**CSM # D694019 - FECHA UCC. 23-05-23 - MITAD-1.000PSI**  
 Hora Servicio: **16:54 PM**

Funcionario Entrega: **JORGE ROJAS** Documento: **BOK 864**

**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 VOLUNTARIA** Fallecimiento del Paciente. 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
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /

**CALIDAD DEL SERVICIO**

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](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 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: **Alvaro Ensizo**  
 Documento: **3108548** Parentesco: **Esposo**  
 Teléfono: **3124135663**  
 Dirección Actual: **Cll 34 sur N. 769**

Firma

Huella

*Alvaro Ensizo*