



OXIGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 20989

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3141912353

COPIA
Fecha Agosto 14 de 2017
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Maria Ballestros
Entidad: Famisanora
Solicitante:
Documento: 20054231
Teléfono: 350625176
Dirección: VM 7 - 10 Celda
Teléfono:
Consumo:
Atención:
HORA DE ATENCIÓN

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130473730
Tipo de Servicio: Recarga cilindro
Observación: no justificado
REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2:
Flujo:
Concentración:
Filtro de aire:
cambio:
limpieza:
Hora Contrador:
Código:
Códigos Equipos Entregados

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	0699032	CONCENTRADOR	51151730016
C. RESPALDO		C. RESPALDO	
REGULADOR 540		REGULADOR 540	
C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870	
CARRITO P.		REGULADOR 870	
		CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR: SI NO
C. RESPALDO: SI NO
C. PORTATIL: SI NO
REGULADOR 540: SI NO
REGULADOR 870: SI NO
CARRITO: SI NO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fujometro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000	
Nro. Reporte			Recibo Manual			Recibo CRM		
						Valor de Daños \$		Valor Pagado \$

Observaciones: Se recoge equipo. Se entrega equipo probado y reusado en perfectas condiciones. Se entrega canula y humidificadores nuevos.
Funcionario Entrega: Andres Lopez
Documento: 1012369002

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
FALLECIMIENTO
VOLUNTARIA
ORDEN MEDICA
CAMBIO
AFILIACIÓN

Me entregaron los siguientes Consumibles
HUMIDIFICADOR
CANULA
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

Cuota Moderadora	\$ 18.300	Daño Equipo	\$ -	Otros Pagos	\$ 30.000	Total	\$ 48.300
------------------	-----------	-------------	------	-------------	-----------	-------	-----------

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 protecciondatos@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, suministrar 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 ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / cumplimiento 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: Adela Parson Ballestros
Documento: 320955809
Teléfono: 306325176
Dirección Actual: Calle 100 No. 5736
Firma:
Huella:
Parentesco:
Código: 306325176