

Nº
OX-OV **21631**

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

Código: 103-585-49-49
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

Paciente	GILMA MARTINEZ	Documento	51659043	Dirección	REA 61 OBO # 49166.	Fecha	BOLTA
Entidad	FAMISANAR.	Teléfono	312 337 3146.	Consumo		Autorización	
Solicitante	GILMA MARTINEZ	Parentesco	PACIENTE	Teléfono			

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130 534 7A	MANTENIMIENTO.	PREVENTIVO.
130 534 715	RECARGA CIINDRO	LOTE A VENCER.

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	2	0	2	2	1	0	0	0	7	4	CONCENTRADOR	2	0	1	8	0	7	0	0	0	0	9	2
C. RESPALDO	J	P	1	6	0	7	9	6	0	8	0.	C. RESPALDO	1	6	2	4	7	1	-	0	7	1	
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 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/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 ENTREGAN LOS EQUIPOS PERFECTAS CONDICIONES HUMIDIFICADOR NUEVO DE ENTREGA REVISADOS EN CANULA Y**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN MARTINEZ** Documento: **OPN 1A7** Hora Servicio: **0830**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO

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>\$ 75 900</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 75 900.</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 75 900	\$ 0	\$ 0	\$ 75 900.	EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> X BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 75 900	\$ 0	\$ 0	\$ 75 900.						

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 Gilma Leonor Martinez Paza	Firma	Huella
Documento 51659043 Parentesco: _____	Gilma L. Martinez Paza.	
Teléfono 3123373146 Cel: _____		
Dirección Actual K 61 D VIS # 49-06 SUR		