

Nº  
**OX-OV 019896**

**ORDEN DE VISITA**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147812353

Orden: 004 00000000  
Fecha: 09/01/2014  
Hora: 10:00 AM  
Página: 1 de 2

Paciente	Documento	Dirección	Consumo	Admisión
Entidad	Teléfono	Consumo		Fecha
Solicitante	Parentesco	Teléfono		

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/tractor	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO													
Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos						
CONCENTRADOR	00	1	5	2	7	9	CONCENTRADOR	00	1	5	2	7	9
C. RESPALDO	06	9	6	1	0	7	C. RESPALDO	06	9	6	1	0	7
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		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/tractor	\$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).  
Algunos de los cilindros en el hogar y cilindro lleno a 2000 PSI. Todos en buenas condiciones. Se recogieron cilindros y concentrador. Por favor, contactar al proveedor de cilindros en excelencia. Hora Servicio: 10:25

Funcionario Entrega: [Firma] Documento: 611281

**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: <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.		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) <b>HUMIDIFICADOR</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>CÁNULA</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>TRAMPA DE AGUA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	<b>EXCELENTE</b>	
\$ 37.800	\$ -	\$ 20.000	\$ 57.800	<b>BUENO</b>	
				<b>REGULAR</b>	
				<b>MALO</b>	
				<b>MUY MALO</b>	

**AUTORIZACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1981 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el Ingreso de mis datos personales y presenta 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](mailto: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, citar, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los títulos de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Documento	Parentesco	Firma
Patricia Cardona	47244947	Nieto	[Firma]
Teléfono	Cel:		Huella
24627291	314672235		[Huella]
Dirección Actual			