

Nº  
**OX-OV 21923**

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302779-3401311-3147912353

Fecha: Agosto 19 de 2017  
Página: 1 de 1

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**  
 Paciente: **Isabel Castro**  
 Entidad: **Jamisana**  
 Solicitante: **Isabel Isaza**  
 Documento: **2025457**  
 Teléfono: **21142411**  
 Dirección: **TU 20 No 1F-79**  
 Consumido: **21142411**  
 Parentesco: **Sobrina**  
 Teléfono: **3012994135**

**ORDEN DE SERVICIO**  
 Nro. Orden: **130542871**  
 Tipo de Servicio: **Recarga de cilindro de Respaldo**  
 Observación:

**REVISIÓN TÉCNICA**  
 Presión O2:  Flujo:  Concentración:  Filtro de aire:  Cambio:  Impresión:  Hora Contrador:  Código:

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR		CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	<b>0915030</b>	C. RESPALDO	<b>0687025</b>
REGULADOR 540		REGULADOR 540	
C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870	
CARRITO P.		CARRITO P.	

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**  
 CONCENTRADOR  C. RESPALDO  C. PORTATIL  REGULADOR 540  REGULADOR 870  CARRITO

**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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Salita Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrito Portatil	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$10.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte:  Recibo Manual  Recibo CRM  Valor de Daños \$  Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
**Se Hace Recarga de cilindro de Respaldo Se entrega equipo probado y revisado en perfectas condiciones**

Funcionario Entrega: **Salgado Lopez** Documento: **SDN 187** Hora Servicio: **3:41 PM**

**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 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   
 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 [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, circular, compartir, consular, 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: **ISABEL ISAZA C** Firma: **ISABEL ISAZA**  
 Documento: **35.220.493** Parentesco: **SOBRINA**  
 Teléfono: **3012994135** Cel: **3012994135**  
 Dirección Actual: **TU 20 No 1F-79 P4**