

Nº  
**OX-OV 018244**

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

Código: OX-SEP-FB-13  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Página 1 de 2

Paciente	Maria Herrera	DOCUMENTO	29621302	Dirección		FECHA	
Entidad	Nuevas EPS	Teléfono	3137992891	Consumo	2/29	AUTORIZACIÓN	
Solicitante	Maria Herrera	Parentesco	paciente	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/trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	20	26	06143	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"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------

**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 Base/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):  
 Hora Servicio: **11:00**

Funcionario Entrega: **W. Hurtado** Documento: \_\_\_\_\_

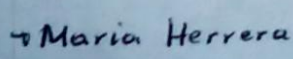
**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b>		<b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b>	
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)	
<b>FALLECIMIENTO VOLUNTARIA</b>	Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria.	HUMIDIFICADOR <b>NO</b>	
<b>ORDEN MÉDICA</b>	Por Orden Médica.	CÁNULA <b>NO</b>	
<b>CAMBIO</b>	Cambio de Proveedor.	TRAMPA DE AGUA <b>NO</b>	
<b>AFILIACIÓN</b>	Estado Afiliación EPS.		

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

**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@oxipro.com](mailto:protecciondedatos@oxipro.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	Maria Herrera	Parentesco	paciente	Firma	Huella
Documento	29621302			 Maria Herrera 24621306	
Teléfono	3137992891				
Dirección Actual	Cra 10A A 13-21 Chinchina				

Nº  
OX-OV **018243**

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

Código: 000-000-00-00  
Fecha: Agosto 04 de 2011  
Página 1 de 1

Paciente	Maria Herrera	DOCUMENTO	24621306	Dirección	Caj 10 A H 13-21
Entidad	NUOVA EPS	Teléfono	313799284	Consumo	2/24
Solicitante	Maria Herrera	Parentesco	Paciente	Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2  Flujo  Concentración  Filtro de aire  Cambio  Limpieza  Hora Contrador  Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	207	160	6161	C. RESPALDO	5	130	8700082
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 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):  
Funcionario Entrega: **Wn Autado** Documento: **L.000.243.982**  
Hora Servicio: **11:00**

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) <b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MEDICA</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> SI <b>CÁNULA</b> NO <b>TRAMPA DE AGUA</b> NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ <input type="checkbox"/> Daño Equipo \$ <input type="checkbox"/> Otros Pagos \$ <input type="checkbox"/> Total \$ <input type="checkbox"/>	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) <b>EXCELENTE</b> 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@oxipro.com](mailto:protecciondatos@oxipro.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: **Maria Herrera** Firma: **Maria Herrera** Huella:

Documento: **24621306** Parentesco: **Paciente**

Teléfono: **313799284** Cel:

Dirección Actual: **Caj 10 A H 13-21 Chunchina**