

Nº  
OX-OV **019877**

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

Código: GOL-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Carlos Uribe	Documento	10229925	Dirección	Cva 3 #13-66	Fecha	30/11
Entidad	Nueva eps	Teléfono	3128619707	Consumo	2L124H	Autorización	
Solicitante	alba quintero	Parentesco	conyugue	Teléfono			

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	96.5	Flujo	6.8	Concentración	2L124H	Filtro de aire	<input checked="" type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	411816	Código	
------------	------	-------	-----	---------------	--------	----------------	---	-----------------	--------	--------	--

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos				
CONCENTRADOR	NN-2933B				CONCENTRADOR	NN-4183B			
C. RESPALDO	GTA132054				C. RESPALDO	D90605B			
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
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 recoge equipo en buenas condiciones sin ensayar por que no habia energia en el domicilio se entrega equipo en buen estado se entrega cilindro en buen estado**

Funcionario Entrega: **Juan Pablo Rosalvarez** Documento: **108801256** Hora Servicio **16**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo:  
(Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO** Fallecimiento del Paciente.
- VOLUNTARIA** Devolución Voluntaria.
- ORDEN MÉDICA** Por Orden Médica.
- CAMBIO** Cambio de Proveedor.
- AFILIACIÓN** Estado Afiliación EPS.

**CONSUMIBLES RECIBIDO**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR  SI  NO
- CÁNULA  SI  NO
- TRAMPA DE AGUA  SI  NO

**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>0</b>	\$ <b>0</b>	\$ <b>0</b>	\$ <b>0</b>

- 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 por 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.co](mailto:protecciondedatos@oxiprosas.co) 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, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos. Encue: atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información 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 Inventa cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre **alba quintero**  
 Documento **25231534** Parentesco: **conyugue**  
 Teléfono **3128619707** Cel: **3128619707**  
 Dirección Actual **Cva 3 #13-66**

Firma