

Nº  
**OX-OV 019492**

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

Código: GCL-900-PAC-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: **JOSE BONZA** Documento: **3195561** Dirección: **VIA NEUSA** Fecha: **16/4/21**  
 Entidad: **NUEVA EPS** Teléfono: **3107626846** Consumo: **2L x 24H** Ataque:  
 Solicitante: **YESICA BONZA** Parentesco: **HISA** Teléfono: **3107626846**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **130378711** Tipo de Servicio: **RECOGIDA TOTAL** 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	N	N	-
C. RESPALDO				C. RESPALDO	D	G	9
REGULADOR 540				REGULADOR 540	1	9	0
C. PORTATIL				C. PORTATIL	5	0	1
REGULADOR 870				REGULADOR 870	8	7	0
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 Sillita humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio 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 RECIBEN LOS EQUIPOS COMPLETOS Y EN BUEN ESTADO, LA RECOGIDA SE REALIZA POR NO USO DE LOS EQUIPOS** Hora Servicio: **10:50**

Funcionario Entrega: **MIGUEL SANTOS** Documento: **SPN-195**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno 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 RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR   
 CANULA   
 TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$229.400	\$	\$	\$229.400

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE  
 BUENO **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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, divulgar, 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, Histórial 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 brotes. 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: **Yesica Mayelily Bonza** Firma: **Yesica Bonza O.**  
 Documento: **1077295674** Parentesco:  
 Teléfono: **3107626846** Cel:  
 Ubicación Actual: **Tausa Vrd Paramo Bajo**