



OXIGENOS MEDICINALES
NIT. 900 481 014-0

Nº
OX-0V 020410

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFERERO 3302770-3401511-314712351

Orden
Fecha
Aguilón de 2012
Página 1 de 2

INFORMACION DE PROGRAMACION

Paciente: **Redo Ocampo** Documento: **4365322** Dirección: **Cra 12 # 29-58 B/Umbe** Fecha: **10/02/12**
Entidad: **Nueva EPS** Teléfono: **7411451** Consumo: **26118H**
Solicitante: **amparo ocampo** Pareses: **Hija** Teléfono: **3136262803**

Nro. Orden Tipo de Servicio Observación

REVISION TECNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire cambio limpieza Hora Controlador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	CONCENTRADOR
C. RESPALDO	C. RESPALDO
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/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Controlador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000				
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Mallita	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrillo Portatil	\$20.000				
Base Concentrador	\$80.000		Fujometro	\$80.000		Adapti a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000				
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000				
Sopona Filtro Central	\$15.000		Bolon de Resel	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros					
Nro. Reporte			Recibo Manual			Recibo CRM			Valor de Datos \$			Valor Pagado \$		

Observaciones (Tiempo de entrega) **Se recogieron equipos en buenas condiciones**
Funcionario Entrega: **Juan Pablo Rodriguez** Documento: **100801129b** Hora Servicio: **10:30**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACION Estado Afiliación EPS.
FALLECIMIENTO

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles
HUMIDIFICADOR **NO**
CANULA **NO**
TRAMPA DE AGUA **NO**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	PAGOS	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	CALIDAD DEL SERVICIO
Cuota Moderadora	\$ 000	EXCELENTE	EXCELENTE
Daño Equipo	\$ 000	BIENO	
Otros Pagos	\$ 000	REGULAR	
Total	\$ 000	MUY MALO	

AUTORIZACION HAREAS DATA. En cumplimiento del Régimen General de Haberes Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente formulario, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S denominada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica 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 contactar, compilar, almacenar, usar, circular, controlar, actualizar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, disponer, supervisar y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Organización, con el fin especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, Servicios de mantenimiento 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 centros. 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.

INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **amparo ocampo** Firma: **Amparo Ocampo R.**
Documento: **41895409** Parentesco: **Hija**
Teléfono: **7411451** Cel: **3136262803**
Dirección Actual: **Cra 12 # 29-58 B/Umbe**
Huella