

Nº  
**OX-OV 019890**

**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

OSIEL MORENO  
N. EPS  
El paciente

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Documento: 4507784 Dirección: CII 26 # 6-18 Pereira  
Teléfono: 3122975766 Consumo: 4L (24L) Autorización: 440221  
Parentesco: — Teléfono: —

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: 365312 Tipo de Servicio: Precogida total Observación: —

**REVISIÓN TÉCNICA**

Flujo: 02 Concentración: — Filtro de aire:  Cambio  Limpieza Hora Contrador: — Código: —

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	NV-413710		
C. RESPALDO				C. RESPALDO	2071606121		
REGULADOR 540				REGULADOR 540	2004043099		
C. PORTATIL				C. PORTATIL	OX518529		
REGULADOR 870				REGULADOR 870	200400873		
CARRITO P.				CARRITO P.	CP2767		

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR  SI  NO C. RESPALDO  SI  NO C. PORTATIL  SI  NO REGULADOR 540  SI  NO REGULADOR 870  SI  NO CARRITO  SI  NO

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant
Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Solida Humidificador	\$20.000	
Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Bolón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Se recogen Equipos en buenas condiciones. cancelan copias pendientes. se ha servicio Manual. hora servicio 11:45 porque el sistema no me permitia recoger el (servicio) regulador 870. J. Andres Aguero P. Documento: 6119201

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Para hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:  
(Escribir el Motivo)  
**Devolucion Voluntaria**

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)  
HUMIDIFICADOR   
CÁNULA   
TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

ADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
500	\$ —	\$ —	\$ 27.500

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)  
**EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO**  
**Excelente.**

**DECLARACIÓN 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 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.com](mailto:protecciondedatos@oxiprosas.com) en calidad de USUARIO, 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, 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 entidad 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, 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 Inventarios. 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**

OSIEL MORENO  
4507784  
3153876524  
CII 26 # 6-18  
Parentesco: El paciente  
3122975766  
Pereira  
Firma: Osiel Moreno  
Huella: —  
4507784



OXÍGENOS MEDICINALES  
NIT. 900.481.014-0

RECIBO  
DE PAGO

OX-OP

14468

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente	Fecha
Osiel Moreno 4507784	04/02/21

Concepto	Cantidad	Valor
Recaudo Cuota Moderadora		27.500
Cánula 3m (\$5000)		
6m (\$5000)		
15m (\$5000)		
Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)		
Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)		
Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)		
Filtros (\$5.000 /cada uno)		
Humidificador (\$5.000)		
Otro		
OBSERVACIONES	TOTAL	27.500

Cancelo copagos pendientes

Entrega: Nombre: Osiel Moreno	Firma
Cédula: 4507784	

Recibe: Nombre: Andres Arzobelo	Firma
Cédula: 6119281	