



Nº  
OX-OV **019485**

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

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

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Documento: 1049216 Dirección: Dig. 16 # 119-35 Fecha: 18/2/17  
Consumo: 2.5 lit x 24h Autorización:  
Teléfono: 3124757039

Paciente: *Onias Quintero*  
Entidad: *Medicinas*  
Solicitante: *Onias Quintero*  
Teléfono: *1049216*  
Parentesco: *Hija*

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: *130362599*  
Tipo de Servicio: *Cambio concentrador*  
Observación: *Preventivo sin desechables*

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2:  Flujo:  Concentración:  Filtro de aire:  Cambio:  Limpieza:  Hora Con/traidor:  Código:

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos														
CONCENTRADOR	N	A	-	3	9	0	4	3	CONCENTRADOR	5	1	0	1	4	6	1	9	2
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  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/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/traidor	\$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		Bolón 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 entrega equipo probado y revisado en perfectas condiciones y paciente pc-s.* Hora Servicio: *9-4*

Funcionario Entrega: *Santiago Lopez* Documento: *SPAL 145*

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

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

**AFILIACIÓN** Falecimiento 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   
CÁNULA   
TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Nota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
<i>05.600</i>	\$	\$	<i>No Pago</i> Total <i>\$ 105.600</i>

**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 al sistema de control, 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 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, difundir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto 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 satisfacción al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los organismos 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 recursos. 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: *Olga Luján Quintero C*  
Teléfono: *34763635* Parentesco: *hija*  
Cel: *3124757039*  
Dirección Actual: *D6 16 # 119-35*

Firma: *Olga Luján Quintero C*