

Nº  
OX-OV **020210**

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4326520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 318779-385511-31479233

Fecha: Agosto 14 de 2011  
Página 1 de 1

Paciente: **Wilson Apendano**  
Entidad: **Servisalud**  
Solicitante: **Pedro Valderama**

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Documento: **88141300** Dirección: **Calle 36 sur # 420 - 78** Fecha: **9/2/2011**  
Teléfono: **318 302 2482** Consumo: **2 Lit**  
Parentesco: **Amigo** Teléfono: **311 262 1779**

Nro. Orden: \_\_\_\_\_ Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_ 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					
C. RESPALDO						C. RESPALDO					
REGULADOR 540						REGULADOR 540					
C. PORTATIL	90	52	60	39		C. PORTATIL					
REGULADOR 870	20	09	00	95	6	REGULADOR 870					
CARRITO P	C	P	S	O	S	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		Carbasa Contrador	\$150.000		Actuador Solenoide Chorro/Contrador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fugómetro	\$60.000		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).

**Préstamo de Equipos, Autorizados Por Ing. Luz Adriana Nuñez**

Hora Servicio: **5:57 PM**

Funcionario Entrega: **Andrés Medeiros**

Documento: **1054307856**

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 MEDICA: 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

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escriba la Calificación)

EXCELENTE  
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 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.com](mailto:protecciondedatos@oxiprosas.com) en calidad RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recibir, compile, almacenar, usar, compartir, conservar, 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 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 Opinión al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Retención de información a los miembros de atención de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventario, Control de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Pedro Valderama**  
Documento: **4-238466** Parentesco: **Amigo**  
Teléfono: **3112621779** Cel: \_\_\_\_\_  
Dirección Actual: **Bso 54 no. 649-75**

Firma

*[Firma manuscrita]*

Huella