



Nº   
 OX-OV **21725**

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

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Ordelyd Ramos	Documento	41667919	Dirección	Diagonal SEA #82A03	Fecha	13/08/2017
Entidad	Murga EPS	Teléfono	3124845176	Consumo		Autorización	
Solicitante	Ordelyd Ramos	Parentesco		Teléfono			

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Oximetria	
	Mantenimiento D	

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	6.4	Flujo		Concentración	93.4	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador		Código	
------------	-----	-------	--	---------------	------	----------------	---	-----------------	--	--------	--

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	4	5	4	0	B	CONCENTRADOR					
C. RESPALDO	1	9	2	2	8	C. RESPALDO					
REGULADOR 540	2	0	1	9	0	REGULADOR 540					
C. PORTATIL	9	4	1	0	7	C. PORTATIL					
REGULADOR 870	1	4	0	3	0	REGULADOR 870					
CARRITO P.	C	P	3	6	9	CARRITO P.					

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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/trador	\$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		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):   
 CSM : fecha de vencimiento : 28-01-23 - lleno   
 CTE : esta en 1000 PSI   
 Hora Servicio

Funcionario Entrega: Alcides Urrego Documento: Smo 116

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

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

**FALLECIMIENTO VOLUNTARIA** Fallecimiento del Paciente. 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**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir 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 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 [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 autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, 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 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, 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 cobros. 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 Ordelyd Ramos de Bastidas Firma Ordelyd Ramos de Bastidas Huella   
 Documento 41667919 Parentesco:   
 Teléfono 3124845176 Cel:   
 Dirección Actual Diagonal SEA #82A03 Sor