



Nº OX-OV 019774

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

Fecha: 11/05/2022
Hora: 11:30
Página: 1 de 1

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN
Paciente: Rosa Amelia Cardenas
Entidad: Nequeu EPS.
Solicitante: Martha Quiceno
Teléfono: 314 578 0711
Parentesco: hija.
Dirección: Salda Victoria # 5-10-2022
Código: 2 Hús.
Teléfono: 313 782 7673

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	REVISIÓN TÉCNICA	
Presión O2	Flujo	Concentración
	Filtro de aire	Cambio
	Limpieza	Hora Contrador
		7525
		Código: NN3211

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	5	N	0	1	4	5	8
C. RESPALDO	1	2	1	7	1	7	6
REGULADOR 540							
C. PORTATIL							
REGULADOR 870							
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		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Gabinetes Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fujómetro	\$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	\$15.900		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).

Se recomienda prescripción médica y escrito respecto a lesión y manejo suminisrados al paciente. municipal. esta es una copia por instrucción del medico.

Hora Servicio: 11:30 AM

Funcionario Entrega: Humberto Infante

Documento: 5832214

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
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.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR CÁNULA TRAMPA DE AGUA

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
¿SE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora Daño Equipo Otros Pagos Total	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE 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 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, comunicarse y en especial para Capacitación, Historial Clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, facturación de Operación, atención al cliente (gestión PQR'S), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los Mutuales, 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 Inventario, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A S ha suministrado de forma voluntaria y consciente.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Martha Cecilia Quiceno
Documento: 24 719 468 Parentesco:
Teléfono: 313 782 7673 Cel:
Dirección Actual: Salda Victoria # 5-10
Firma: Martha Cecilia Quiceno
Huella: 24 719 468