



Nº **OX-OV 020650**

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

Catálogo: OX-360-09-02  
 Fecha: Agosto 04 de 2017  
 Versión: 1  
 Página 1 de 1

Paciente: **Josel Lopez**  
 Entidad: **Nueva EPS**  
 Solicitante: **Marta Ines Amaya**  
 Documento: **1016839482**  
 Teléfono: **311 2167081**  
 Parentesco: **abuela**  
 Dirección: **Cl 152 B # 104-50**  
 Consumo:  
 Teléfono: **311 2167081**  
 Fecha: **23/09/22**

Nro. Orden: **130**  
 Tipo de Servicio: **Recogida total**  
 Observación:

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	1	6	9
REGULADOR 540				REGULADOR 540	2	1	0
C. PORTATIL				C. PORTATIL	2	1	0
REGULADOR 870				REGULADOR 870	2	0	0
CARRITO P.				CARRITO P.	C	P	5

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	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Batida Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrilo Portatil	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte: Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$  
 Observaciones de la Visita: **Se recogen los equipos en buen estado paciente PC.1**  
 Hora Servicio: **2:02**

Funcionario Entregó: **Oscar Ramirez** Documento: **SPN 673**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS: Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: **orden medica**  
 FALLECIMIENTO: Fallecimiento 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   
 CANULA   
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS: HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:  
 Cuota Moderadora: \$7400  
 Daño Equipo: \$  
 Otros Pagos: \$  
 Pago Total: \$7400  
 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, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondedatos@oxiproas.com](mailto:protecciondedatos@oxiproas.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, 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, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de amendamiento 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 se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO  
 Nombre: **Mario Ines Amaya**  
 Documento: **39685070** Parentesco: **Abuela**  
 Teléfono: **311 2167081** Cel:  
 Dirección Actual: **Cl 152 B # 104-50**  
 Firma: **Mario Ines Amaya**  
 Huella: