

Nº  
OX-OV **020410**

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

Código: GOI-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2011  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: **Pedro Ocampo** Documento: **41365322** Dirección: **Cva 12 # 29-58 B/Umibe** Fecha: **17/08/11**  
Entidad: **Nueva EPS** Teléfono: **7411451** Consumo: **2L/18H** Atribución:  
Solicitante: **amparo ocampo** Parentesco: **hija** Teléfono: **3136262803**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

**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				CONCENTRADOR			
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  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 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		Swich 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): **Se recogieron equipos en buenas condiciones físicas revisados** Hora Servicio: **10:30**

Funcionario Entrega: **Juan pablo Rodriguez** Documento: **1008011296**

**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 VOLUNTARIA** Fallecimiento del Paciente.  
**DEVOLUCIÓN 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 **no**  
CÁNULA **no**  
TRAMPA DE AGUA **no**

**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   
**excelente**

**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 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 de cambios en el tratamiento de datos personales, 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 arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información 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: **amparo ocampo** Documento: **41695409** Parentesco: **hija** Firma: **Amparo Ocampo R.**  
Teléfono: **7411451** Cel: **3136262803** Huella:   
Dirección Actual: **Cva 12 # 29-58 B/Umibe**