



N°  
OX-OV **21427**

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

Código: GCR. SED. FR. 02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: **Patricia Roa** Documento: **24908749** Dirección: **Calle 13 # 22-91 Apt 702** Fecha: **13/11/23**  
Entidad: **Nueva EPS** Teléfono: **3104147951** Consumo: **Paciente** Autorización:  
Solicitante: **Patricia Roa** Parentesco: **Paciente** Teléfono: **3104369838**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **130523992** Tipo de Servicio: **Servicio tecnico** Observación: **Equipo presenta baja pureza y se recibe en buenas condiciones revisado**  
**130524261** Manten. Técnico.

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2: **6.3** Flujo: **4** Concentración: **87.5** Filtro de aire:  Cambio  Impieza Hora Contrador: **19647** Código: **NN-2417B**

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	C. RESPALDO	REGULADOR 540	C. PORTATIL	REGULADOR 540	C. PORTATIL	REGULADOR 870	CARRITO P.
NN - 2635B				NN - 2417B			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR  NO C. RESPALDO  SI NO C. PORTATIL  SI NO REGULADOR 540  SI NO REGULADOR 870  SI NO CARRITO  SI 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 Contrador	\$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): **Se realiza cambio de concentrador presentando baja pureza y se recibe equipo en buenas condiciones revisados** Hora Servicio: **15:30**

Funcionario Entrega: **duca Valencia** Documento: **1088039268**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECIBO 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 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**  
CANULA **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 [protecciondatos@oxipross.com](mailto:protecciondatos@oxipross.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, la Compañía en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes medicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión POR'S), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, 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: **Patricia Roa**  
Documento: **24908749** Parentesco: **Paciente**  
Teléfono: **3104147951** Cel: **3104369838**  
Dirección Actual: **Calle 13 # 22-91 Apt 702**

Firma: **[Firma manuscrita]** Huella: **[Huella]**  
**24908749**