

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Maria Bello	Documento	20955917	Inscripción	Uda Rincón Santo 33	Fecha	14/08/2017
Entidad	HUENA EPS	Teléfono	3134455619	Consumo	200	Horas	24
Solicitante	Maria Bernal	Parentesco	hijo	Teléfono	3102260842		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130485392	Tipo de Servicio	Recarga Cilindro de oxígeno no justificado 2ª vez	Observación	
------------	-----------	------------------	---	-------------	--

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR			CONCENTRADOR		
C. RESPALDO	0705160		C. RESPALDO	0698170	
REGULADOR 540			REGULADOR 540		
C. PORTATIL			C. PORTATIL		
REGULADOR 870			REGULADOR 870		
CARRITO P			CARRITO P		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Arbolitos	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manga	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cartón Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$85.000	
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 recoge equipo en buen estado. Se entrega equipo nuevo y revisado en perfectas condiciones. Se entrega canal 2 y humidificador. PEJ

Funcionario Entrega: **Andrés López** Documento: **201818**

Hora Servicio: **7:55**

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)	Me entregaron los siguientes Consumibles: (Escribir la o las)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR 51 CÁNULA 51 TRAMPA DE AGUA 40

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora \$ —	EXCELENTE
Daño Equipo \$ —	BUENO
Otros Pagos \$ 30000	REGULAR
Total \$ 30000	EXCELENTE
	MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1712 de 2014 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@oxipro.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 recibir, controlar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales según sustratados, 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, Notificación de información a los Usuarios, 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 Inventario, Gestión de órdenes. 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 e informada.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Dario Bernal	Firma	<i>Dario Bernal</i>	Huella	
Documento	11350.002	Parentesco	conyugue		
Teléfono	3102260842	cel:	3102260842		
Dirección Actual	Uda. Rincón Santo Ent 33				

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

Código:	GOL-SED-FR-10
Fecha:	Agosto 04 de 2017
Versión:	2
Página 2 de 2	

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO					
sede	Dirección	Horario de atención			Sábado
		Lunes a Viernes			
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega Manzana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm			8:00 am a 1:00 pm
Manizales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco	8:00 am a 3:30 pm			9:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 21-48 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm			8:00 am a 12:00 m
Bogotá	Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702	8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm			8:00 am a 1:30 pm

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO					
Seccional	Teléfono	Lunes a Viernes	Horario de atención	Sábado	Emergencias 24 horas
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm		7:00 am a 7:00 pm	4320520
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm		8:00 am a 12:00 m	314 7912353

Cancelación Cuota Moderadora

- Recuerde que usted podrá tener acceso a nuestros servicios realizando el pago mensual de la cuota moderadora.
- Recuerde tener a mano su soporte de pago de cuota moderadora, en el momento de recibir algún tipo de servicio por parte de nuestra compañía de lo contrario solicite el respectivo recibo de pago al momento de requerir el servicio en el Call Center.
- Reclame siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 291183275 – Con el numero de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxígeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente el buen funcionamiento de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y realizarle limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado ÚNICAMENTE para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de él puede depender su vida.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado en caso que exista suspensión del suministro del fluido eléctrico o en casos en que el concentrador de oxígeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestra línea de Atención al usuario para informar el daño

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico: atencionalcliente@oxigenoensucasa.com
- Los funcionarios de Oxipro S.A.S , deben presentarse debidamente identificados, con carné y uniforme, al momento de realizar una visita; si tiene dudas o sospechas sobre el personal que atiende su servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario

AVISO: Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico.
 No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

<input type="checkbox"/> SI		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA	<input type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica. 	Firma
Horas	Fecha OM		