

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | | | | | |
|-------------|--------------|------------|----------|-----------|------------------|--------------|----------|
| Paciente | Jairo Garzon | Documento | 99731802 | Dirección | Cra 28a N° 8a-34 | Fecha | 20/02/17 |
| Entidad | Famisanar | Teléfono | | Consumo | | Autorización | |
| Solicitante | Jairo Garzon | Parentesco | Paciente | Teléfono | 3212704334 | | |

ORDEN DE SERVICIO

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|--------------------------|-------------|
| 130576875 | Manejo concentr. Tecnico | |

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | Códigos Equipos Recogidos | | |
|----------------------------|-------------------|--|---------------------------|----------|--|
| CONCENTRADOR | 9F302018070000025 | | CONCENTRADOR | MM-3039B | |
| 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 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. RESPALDO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | C. PORTATIL | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 540 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | REGULADOR 870 | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | CARRITO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|--------------|---|-------------|---|-------------|---|---------------|---|---------------|---|---------|---|

REPORTE DE DAÑOS

| Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant | Daño/Perdida | V/units | Cant |
|------------------------|----------|------|------------------------|----------|------|------------------------|-----------|------|--------------------------------|----------|------|
| Filtro Externo Central | \$5.000 | | Soporte Filtro Lateral | \$15.000 | | Carcasa Con/trador | \$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):
Alarma CS se opera por lo que se cambio se dio un nuevo equipo en optimas condiciones de uso
 Funcionario Entrega: *Solr Hatute* Documento: *ITU 625* Hora Servicio: *12:00*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

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@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 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 arrendamiento 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 la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

| | | | |
|------------------|-------------------------|-------------|---------|
| Nombre | Jairo H. Garcia Bana | Firma | Huella |
| Documento | 99731802 | Parentesco: | Usuario |
| Teléfono | 3212704334 | Cel: | |
| Dirección Actual | Cra 18 A 84 34 Apto 202 | | |

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (601) 4320520-7563771
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: (606) 3402658

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

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

| Sede | Dirección | Sede | Dirección |
|------------|---------------------------------------|----------------|---|
| Bogotá | Av Chile Carrera 12 No. 71-32 | Pereira Centro | Carrera 4 No. 20 - 80 Centro |
| Soacha | Calle 30 No. 6G - 43 Este | Dosquebradas | Carrera 2A No. 7-35 Manzana 4, Bodega 4 Zona Industrial La Bodega |
| Facatativá | Carrera 4 No. 1 - 47 | Manizales | Carrera 21 No 23-21 Parque Bolívar, Ed. Tamanaco. Piso 1 |
| Fusagasugá | Calle 17A No. 10 - 02 Barrio Balmoral | Armenia | Calle 15 Norte No. 12 - 15 |
| Zipaquirá | Calle 8 No. 16 - 67 | | |

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

| Seccional | Teléfono | Horario de atención | | Emergencias 24 horas |
|--------------|---------------|---------------------|-------------------|-------------------------|
| | | Lunes a Viernes | Sábado | |
| Bogotá | (601) 4320520 | 7:00 am a 7:00 pm | 7:00 am a 7:00 pm | (601) 4320520 |
| Eje Cafetero | (606) 3402658 | 8:00 am a 6:00 pm | 8:00 am a 12:00 m | (606) 3402658 |

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 el 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 | | |