



ORIGENES MEDICINALES  
NIT. 900.481.014-0

Nº   
 OX-OV 00085

edif. bosque de la ESP <sup>num 201</sup>  
Apto 203

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO SJE CAFETERO: 380779-3491911-3147912383

Fecha: Agosto 04 de 2017  
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Marcela Bravo Documento: 39760074 Dirección: Cra 3A # 21A 75 Fecha: 21/8/23  
Entidad: Familiares Teléfono: Consumo: Estado:  
Solicitante: Olga Conzon Parentesco: Madre Teléfono: 3142564812

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130555922 Tipo de Servicio: Mant. anti-tecnico Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

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	5X0141550		C. RESPALDO	MZJ55138840	
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 Contrador	\$150.000		Atomizador	\$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): en el momento de prestar el servicio el equipo fue programado y se realiza cambio a petición del familiar solar galdino  
Funcionario Entrega: Solar Galdino Documento: Hora Servicio: 07:40 AM

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 Fallecimiento del Paciente.  
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.  
ORDEN MEDICA 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 X 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, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondatos@oxiproas.com](mailto:protecciondatos@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, depositar, 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 sistemas médicos y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Ramación 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, Control 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: Olga Conzon Giraldo Firma: Olga Conzon G. Huella:  
Documento: cd 41.394695 Parentesco: Madre  
Teléfono: 3142564812 Cel: 3142564812  
Dirección Actual: Cra 3A #21A -757 Apto. 203 Bosque de la Esp.



**ORDEN DE VISITA**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO LA CAJETERA 3302770-3401111**

Modelo	001-2007-PH-10
Fecha	Aguilón 24 de 2017
Version	2
Page	1 de 2

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO				
Código	Dirección	Horario de atención		Sábado
		Lunes a Viernes	Fin de semana	
Chiquinquenebo	Carrera 26 No. 7-95 Zona Industrial La Balsa Mariana 4 Bogotá 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm		8:00 am a 1:00 pm
Manizabán	Carrera 21 No. 20-21 Edificio Terrazas	8:00 am a 5:30 pm		9:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 21-40 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:30 pm a 5:00 pm		8:00 am a 12:00 m
Bogotá	Carrera 12 No. 71-02 Oficina 712	8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm		9:00 am a 1:30 pm

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO					
Sección	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas	
		Lunes a Viernes	Sábado		
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520	
Exp. Cajetera	3302770-3401111	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.
- Recíbase siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

**Opciones de Pago**

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 201183270 – Con el número 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: [atencioncliente@oxigenoensucasa.com](mailto:atencioncliente@oxigenoensucasa.com)
- Los funcionarios de **Oxigeno 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 riesgo para su salud.

<input type="checkbox"/> SI		<b>PACIENTE O ACUÑENTE PRESENTA ORDEN MEDICA</b>		<input type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acuyente): • Conocer el consumo recetado por el médico • Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.	Firma	
Horas	Fecha OM			