

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Diana Figueroa** Documento: **1036028716** Dirección: **Transversal 74 # 111-35** Fecha: **04-08-2017**
Entidad: **C.P.S. Tamisanoar** Teléfono: **310 884 1618** Consumo: **2000 / 24 hrs**
Solicitante: **Olga Diaz** Parentesco: **Mama** Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130509577** Tipo de Servicio: **Recogida Total** Observación: **Se recogen equipos en buen estado**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Impieza: Hora Contrador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	UN	UN	UN
C. RESPALDO				C. RESPALDO	DD	DD	DD
REGULADOR 540				REGULADOR 540	RR	RR	RR
C. PORTATIL				C. PORTATIL	RR	RR	RR
REGULADOR 870				REGULADOR 870	RR	RR	RR
CARRITO P.				CARRITO P.	RR	RR	RR

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		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Basa Concentrador	\$80.000		Fugómetro	\$60.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$60.000		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): Hora Servicio:

Funcionario Entrega: Documento:

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):
Devolución Voluntaria

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:

Cuenta 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 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 (person PORS), 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: **Diana Figueroa**
Documento: **1036028716** Parentesco: **Paciente**
Teléfono: **310 884 1618**
Dirección Actual: **T. 74 # 111-35**

Firma: **Diana Figueroa** Huella:

ORDEN DE VISITA

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (01) 4320520-7563771
 LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO (01) 3422658

Compañía	OSISA S.A.S.
Fecha	14/05/2017
Atención	A
Página	1 de 2

REDES DE ATENCIÓN AL USUARIO			
Sede	Dirección	Sede	Dirección
Bogotá	Av. Chie Carrera 12 No. 75-32	Pereira Centro	Carrera 4 No. 270 - 80 Centro
Armenia	Calle 30 No. 46 - 43 Este	Dosquebradas	Carrera 24 No. 7-25 Manizales 4. Bodega 4 Zona Industrial La Selva
Florencia	Carrera 4 No. 1 - 47	Manizales	Carrera 21 No. 21-21 Parque Bolívar Ed. Seminario - Piso 1
Palmira	Calle 174 No. 50 - 02 Barrio Barrojal	Armenia	Calle 55 Norte No. 52 - 55
Zona Rural	Calle 8 No. 18 - 67		

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO				
Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	(01) 4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	(01) 4320520
Eje Cafetero	(01) 3422658	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	(01) 3422658

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.
- Recíbelo siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 291183378 - Con el número de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

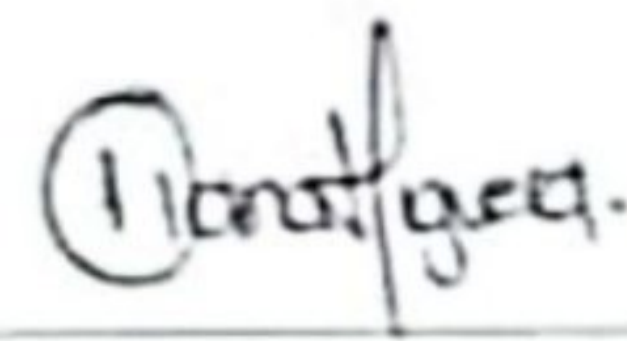
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- 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@oxigenocensucasa.com
- Los funcionarios de Oxígeno 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 MÉDICA		<input type="checkbox"/> NO	
L/m	No. Orden Médica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • 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				