

INFORMACION DE PROGRAMACION

Paciente: ANITA FERRAZ Direccion: 31520821 Inscripción: 3152081921
 Etiqueta: Med EPS Telefono: 3152081921 Consulta: 3152081921
 Solicitante: Teodoro Pedraza Parentesco: Hijo Telefono: 3152081921

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Titulo de Servicio: _____ Concepto: _____

REASON TECNICA

Presión O₂: _____ Filtro: Concentrador Filtro de aire Canac Línea Hozel Contrador _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	1074 660 000084	CONCENTRADOR	77546 619 000 880
C. RESPALDO	131271482	C. RESPALDO	104343 019
REGULADOR 540		REGULADOR 540	
C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 572		REGULADOR 572	
CARRITO P.		CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 572 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	/	Aspirador Succion Humidificador	\$20.000	/
Filtro Externo Lateral	\$5.000	/	Wemija	\$50.000	/	Cable de Poder	\$20.000	/	Carril Portatil	\$20.000	/
Base Concentrador	\$80.000	/	Fugimiento	\$80.000	/	Acabte Humidificador	\$15.000	/	Regulador 572	\$80.000	/
Fuente	\$20.000	/	Switch de Encendido	\$15.000	/	Panel Frontal	\$80.000	/	Regulador 540	\$80.000	/
Soporte Filtro Central	\$15.000	/	Boton de Reser	\$10.000	/	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	/	Cable		/

Nro. Recibo: _____ Tipo Recibo: Manual Recibo CRM

Valor de Daños \$ _____ Valor Pagado \$ _____

Observaciones de la Visita (Escribir Descripción del daño):
Se Realiza Servicio Recarga de cilindro el cual lo usaron por falta del Concentrador la roja y se agoga el familiar se está comunicado y no recuerdan hay fecha recarga.

Funcionario Entregó: Sebastian Cardenas Documento: SPN 147

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 MEDICA** Por Orden Médica.
- CAMBIO** Cambio de Proveedor.
- AFILIACION** Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR
- CANULA
- 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 Excelente
- REGULAR
- MALO
- MUY MALO

AUTORIZACION 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 OXIPRO, atención al cliente (gestión POPs), 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 OXIPRO. Firmemente 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.

INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre Ana Ferraz Pedraza
 Documento 35922282 Parentesco: Hija
 Teléfono 3152081921 Cel: 3152081921
 Dirección Actual _____

Firma _____ Huella _____
Ana Ferraz Pedraza

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA 4320520
 LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO 3322770-3401511

Orden	001-REG-176-12
Fecha	Abril 24 de 2017
Version	0
Página 1 de 2	

SEDES DE ATENCION AL USUARIO

Sede	Direccion	Horario de atencion	
		Lunes a Viernes	Sabado
Dosquebradas	Carrera 24 No. 7-35 Zona Industrial La Sabana Manzana 4 Soacha 4	8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Manizales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamaraço	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. 71-52 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 ATENCION AL USUARIO

Seccional	Telefono	Horario de atencion			Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sabado		
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520	
Eje Cafetero	3322770-3401511	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: 251165275 - 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 realizarse 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 sí 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@oxigenensucasa.com
- Los funcionarios de Oxipr S.A.S. deben presentarse debidamente identificados, con carne 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	
Lim	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • Conocer el consumo recetado por el médico. • Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado. • Que ajustare los equipos al consumo recetado en la Orden Medica.		Firma <i>Rafael Rodríguez</i>	
Horas	Fecha OM				