

Nº **020520**
OX-OV

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

Código: GOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **LUIS PARRAGA** Documento: **390839** Dirección: **CALE GA # 5A-17** Fecha: **23/8**
 Entidad: **FAMISANTAR** Teléfono: **3143140234** Consumo: **2L x 24H**
 Solicitante: **PENOLD PARA** Parentesco: **Nieto** Teléfono: **3143140234** Autorización: **140234**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130485703** Tipo de Servicio: **INSTALACION TRAMPA DE AGUA** Observación:
 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	
C. RESPALDO	
REGULADOR 540	
C. PORTATIL	
REGULADOR 870	
CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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
Filtro Externo Central	\$5.000	1	Carcasa Contrador	\$150.000	1	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	1
Filtro Externo Lateral	\$5.000	1	Cable de Poder	\$20.000	1	Carrillo Portatil	\$20.000	1
Base Concentrador	\$80.000	1	Adapt a Humidificador	\$15.000	1	Regulador 870	\$80.000	1
Rueda	\$20.000	1	Panel Frontal	\$80.000	1	Regulador 540	\$80.000	1
Soporte Filtro Central	\$15.000	1	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	1	Otros	\$80.000	1

Nro. Reporte: Recibo CRM: Valor de Daños \$: Valor Pagado \$:

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **SE INSTALA TRAMPA DE AGUA 120312**
SE LE DA BUENAMENTE LA CAP ACTUACION DEL
USO DE CERRAMIENTOS EQUIPOS PACIENTE DEL
MIGUEL SANTOS

Funcionario Entrega: **MIGUEL SANTOS** Documento: **SPU-1AF** Hora Servicio: **N-55**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo:
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor
AFILIACION Estado Afiliación EPS.
 Consumibles Recibidos: Ma entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO):
 HUMIDIFICADOR CANULA
 TRAMPA DE AGUA **SI (120312)**

PAGOS

ME PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
1	5	3	9

AUTORIZACIÓN MARCA DATA: En cumplimiento del Régimen General de Ingresos 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, expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondatos@oxpro.com con el fin de que se registre mi información personal en su Base de Datos Personalizada para realizar actividades de marketing, promoción, venta de productos y servicios, así como para la gestión de reclamos y atención al cliente. Esta autorización es otorgada por el usuario de la Cuenta de Usuario Personalizada para OXPRO S.A.S. y puede ser modificada o revocada en cualquier momento. Esta autorización no implica la cesión de datos personales a terceros. El consentimiento de los datos personales en la presente autorización es otorgado por el usuario de la Cuenta de Usuario Personalizada para OXPRO S.A.S. y puede ser modificada o revocada en cualquier momento. Esta autorización no implica la cesión de datos personales a terceros. El consentimiento de los datos personales en la presente autorización es otorgado por el usuario de la Cuenta de Usuario Personalizada para OXPRO S.A.S. y puede ser modificada o revocada en cualquier momento.

INFORMACIÓN DEL QUE N ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Andrés Gardo Parra** Firma: *[Firma]*
 Documento: **603567013** Parentesco: **Nieto**
 Teléfono: **3143140234**
 Dirección Actual: **CALLE GA # 5A-17**

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

sedé	Dirección	Lunes a Viernes	Sábado
Doquebradas	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	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

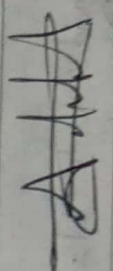
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

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