

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Luis Osorio	Documento	281258	Dirección	CL 2 # 6-73	Fecha	25/7/22
Entidad	Servisalud	Teléfono	3212307865	Consumo	2L/24h	Consumo	
Solicitante	Jeymmi Betancur	Parentesco	Cuidadora	Teléfono	3212307865		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Recogido Total	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Carcasa <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Contrador	Código
------------	-------	---------------	----------------	--	----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR	202008000093B		
C. RESPALDO				C. RESPALDO	22702300007		
REGULADOR 540				REGULADOR 540	210404277		
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P				CARRITO P			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

<input checked="" type="checkbox"/> CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> 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		Ajustador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$20.000		Cable de Poder	\$20.000		Batida Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fujometro	\$80.000		Adapt. a Humidificador	\$15.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Escribir Descripción del daño):
Se recogen los equipos en buen estado por orden medica.
Visita PCL.
Funcionario Entrega: Andrés Chab Documento: SPW 673

ESPACIO PARA SER DELEGADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS		CONSUMIBLES RECIBIDOS	
Yo declaro haber devolución de los Equipos de Oxígeno Domestico por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) <u>Orden medica</u>		No entregaron los siguientes consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <u>NO</u> CANULA <u>NO</u> TRAMPA DE AGUA <u>NO</u>	
FALLECIMIENTO VOLUNTARIO	Fallecimiento del Paciente. Devolución Voluntaria.		
ORDEN MEDICA	Por Orden Médica.		
CAMBIO AFILIACIÓN	Cambio de Proveedor. Estado Afiliación EPS.		

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) <u>Excelente</u>	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	EXCELENTE	BUENO
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	REGULAR	MALO
				MUY MALO	

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Regimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1712 de 2014 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Control, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXI PRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y domicilio electrónico protecciondedatos@oxipro.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXI PRO S.A.S queda autorizada para recibir, cumplir, almacenar, usar, circular, compartir, actualizar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, divulgar, registrar y disponer mis datos personales igual a los expresados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Hacerse de una gran base de promoción y comercialización, registro de usuarios de OxiPro, gestión de deudas médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión POR), procedimientos administrativos, cumplimiento e implementación de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Atención de información a los Usuarios, servicios de mantenimiento 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 OXI PRO S.A.S se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	Jeymmi Dariana Betancur	Firma	Huella
Documento	1113308242	Parentesco	Cuidadora
Teléfono	3205061463	Cel	3205061463
Dirección Actual	Calle 2 # 6-73		

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3147912353

Código	COL-BOG-PM-10
Fecha	Agosto 24 de 2017
versión	1
Página 2 de 2	

00010

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Desquebrados	Carrera 2A No. 7-20 Zona Industrial La Bodega Manzana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 5:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Manizales	Carrera 21 No. 23-21 Edificio Temaraco	8:00 am a 3:30 pm	8:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 21-49 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	Horario de atención		Emergencia 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520
Eje Cafetero	3147912353	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 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 dato.

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comuníquese a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico atencionalcliente@oxigenoensucasa.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 comuníquese 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	
Lím	No. Orden Médica	Ya declaró (Paciente o Acudiente): <ul style="list-style-type: none"> • 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 Jeymmi D.	
Horas	Fecha OM				