

Via el Rosal a subachoque entrada 9 plan huella a 3 hrs 12 gilda Fmco GuilJue



Nº   
 OX-OV 21074

ORDEN DE VISITA   
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520   
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401911-3147912353

Código OXA-980-410-00   
 Fecha Agosto 04 de 2011   
 Versión 3   
 Pagina 1 de 7

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN   
 Paciente Laura Gonzalez   
 Entidad Famisaner   
 Solicitante Mirsa Rincon   
 Documento 1028401979   
 Teléfono   
 Parentesco dama   
 Dirección Via Rosal subachoque   
 Consumo   
 Fecha 7/11/11   
 Teléfono 3113124128

ORDEN DE SERVICIO   
 Nro. Orden 130509601   
 Tipo de Servicio Recarga cilindro   
 Observación   
 130509652 Recarga de portatil

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	61A 132161			C. RESPALDO	P 693077		
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL	11050 437			C. PORTATIL	22015 13133		
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO   
 CONCENTRADOR  SI  NO   
 C. RESPALDO  SI  NO   
 C. PORTATIL  SI  NO   
 REGULADOR 540  SI  NO   
 REGULADOR 870  SI  NO   
 CARRITO  SI  NO

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 Salida Humidificador	\$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).   
 se realiza recarga cilindro de 6mts vacio y se dejo uno lleno en optimas condiciones   
 y se recarga la portatil   
 Funcionario Entrega: sola Halute   
 Documento: JAU625   
 Hora Servicio 09:10 Pm

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 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:   
 Cuota Moderadora \$   
 Daño Equipo \$   
 Otros Pagos \$ 15.000   
 Total \$

CALIDAD DEL SERVICIO   
 CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)   
 EXCELENTE X   
 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 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 (gestión PQRS), 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: Stanca Reivera Rincon   
 Documento: 1020717144   
 Teléfono: 3113124128   
 Dirección Actual: Vereda la pinuela   
 Parentesco: mamá   
 Cel:   
 Firma: Stanca Rincon   
 Huella:

**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				
sede	Dirección	Horario de atención		
		Lunes a Viernes	Sábado	
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea 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	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
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	3147912353

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