

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Jose Bejarano	Documento	2298398	Dirección	Cra 146 # 76 B - 64	Fecha	13 10 22
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3164616789	Consumo	2L/24h	Atribución	
Solicitante	Esteban Guerrero H.	Parentesco	Yerno	Teléfono	3164616789		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130504 211	Tipo de Servicio	Recogida total	Observación	
------------	------------	------------------	----------------	-------------	--

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	-----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR	/	/	CONCENTRADOR	2021070000092	
C. RESPALDO	/	/	C. RESPALDO	D704111	
REGULADOR 540	/	/	REGULADOR 540	RR-25626B	
C. PORTATIL	/	/	C. PORTATIL	HF490277	
REGULADOR 870	/	/	REGULADOR 870	2010520	
CARRITO P.	/	/	CARRITO P.	CP3546	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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	1	Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$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	1	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	\$20.000	Valor Pagado	\$20000

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
 Se recogen los equipos por fallecimiento. Visita por el. Se recobra cartera por daños y cuota moderadora.
 Funcionario Entrega: Andrés Chab Documento: SPN 142
 Hora Servicio: 11:20

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS		CONSUMIBLES RECIBIDOS	
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) Fallecimiento		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> NO CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO	
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA	Fallecimiento del Paciente.		
ORDEN MÉDICA	Devolución Voluntaria.		
CAMBIO	Por Orden Médica.		
AFILIACIÓN	Cambio de Proveedor.		
	Estado Afiliación EPS.		

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:			
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 3.700-	\$ 20.000-	\$ -	\$ 23.700-

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	EXCELENTE
	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 Control, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica protecciondatos@oxiproas.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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, 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, 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	Esteban Guerrero Herrera	Firma		Huella	
Documento	5.467.793	Parentesco	Yerno		
Teléfono	3203427937	Cel.			
Dirección Actual	Cra 146 # 76 B 51 sur int 1				

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

Código: GOL-SED-FR-19
 Fecha: Agosto 04 de 2017
 Versión: 2
 Página 2 de 2

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO						
sede	Dirección	Horario de atención			Sábado	
		Lunes a Viernes				
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	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

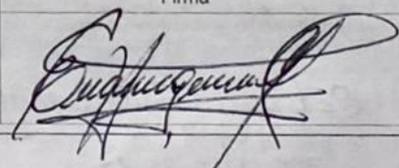
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- 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 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
- 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		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA	<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		

