

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Isabel Rodriguez	Documento	1018473968	Dirección	Cra 2A Este # 7-53
Entidad	Familiar	Teléfono	312 434 6862	Consumo	1/1/2
Solicitante	Hector Romar	Parentesco	Pade.	Teléfono	312 434 6862

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130571786	Recogido total	

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	2	2	-	9	6	6	3
C. RESPALDO							C. RESPALDO	2	0	4	0	9	4	
REGULADOR 540							REGULADOR 540	2	2	4	0	9	4	
C. PORTATIL							C. PORTATIL	2	2	4	6	1	3	6
REGULADOR 870							REGULADOR 870	5	5	8	2	0		
CARRITO P.							CARRITO P.	6	4	7	3			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO													
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

REPORTE DE DAÑOS																	
Daño/Perdida			V/unit			Cant			Daño/Perdida			V/unit			Cant		
Filtro Externo Central	\$5.000		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		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 recogen equipos en buen estado por orden médica, de recolección en horario específico*

Funcionario Entrega: *Walter Rey Soler* Documento: *JRY 874*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) Orden Médica	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ <i> </i> Daño Equipo \$ <i> </i> Otros Pagos \$ <i> </i> Total \$ <i> </i>	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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	<i>Hector Romar</i>	Firma	Huella
Documento	<i>13398917</i>	Parentesco	<i>padrastro</i>
Teléfono	<i>3124346862</i>	Cel:	
Dirección Actual	<i>Cra 2A Este # 7-53</i>		

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (01) 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EL CAFEITERO (01) 3402658

Nombre	NO. documento
Apellido	Fecha de nacimiento
Sexo	Edad
Página 1 de 2	

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Ciudad	Dirección	Ciudad	Dirección
Bogotá	N. 27da Calle No. 32 - 75 - 80	Medellín	Carrera 4 No. 27 - 80 - Calle
Barranquilla	Calle 307 No. 80 - 40 - Calle	Cúcuta	Carrera 29 No. 7 - 09 - Avenida L. Jorge J. Gómez Industrial La Sabana
Facatimá	Carrera 4 No. 3 - 47	Manizales	Carrera 21 No. 23 - 21 - Parque Bolívar 04 - Terminal 10a C
Florencia	Calle 174 No. 31 - 17 - Barrio Salmorejo	Armenia	Calle 18 Norte No. 10 - 10
Zatequirá	Calle 4 No. 34 - 47		

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	(01) 4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	(01) 4320520
Eje Cafetero	(01) 3402658	8:00 am a 8:00 pm	8:00 am a 12:00 m	(01) 3402658

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 291163275 - 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 caso 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 vía correo electrónico: atencioncliente@oxigenoenlacasa.com
- Los funcionarios de Oxígeno E.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 ACIDENTE PRESENTA ORDEN MEDICA	<input type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	No declaro (Paciente o Accidentado) • Consumir el suministro recetado por el médico. • Beber regular los servicios de Oxígeno al suministro recetado. • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.	Firma
Horas	Fecha OM		