



Nº
 OX-OV **00153**

ORDEN DE VISITA
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (601) 4320520-7563771
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: (606) 3402658

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN
 Paciente: Cecilia Parrique Documento: 20201479 Dirección: Clla # 9a-22 Fecha: 18/6/23
 Entidad: Servicio Salud Teléfono: _____ Consumo: _____ Autorización: _____
 Solicitante: Luz Marina Fuentes Parentesco: hija Teléfono: 322 7372500

ORDEN DE SERVICIO
 Nro. Orden: 130561922 Tipo de Servicio: manten. cont. Técnico Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA
 Presión O2 _____ Flujo _____ Concentración _____ Filtro de aire Cambio Limpieza _____ Hora Con/traidor _____ Código _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	<u>MZIS5259345</u>			CONCENTRADOR	<u>2021060000128</u>		
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
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/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/traidor	\$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): Flujometro no funciona, se cambio el equipo y se dejó un nuevo equipo con opciones adicionales de un cilindro en 1500 litros de 3mts. Hora Servicio: 12:30 pm
 Funcionario Entrega: Soler yabito Documento: JKU625

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS
 Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno 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 \$ _____ Total \$ _____

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 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 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, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de los datos, 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: Luz Marina Fuentes Ramos Firma: _____
 Documento: 41650403 Parentesco: Hija
 Teléfono: 3227372500 Cel: _____
 Dirección Actual: Cra 4º 9A22 Sur

601 471 5214 Dirección correcta Cra 4.ª

9a-22

ORDEN DE VISITA

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (801) 4320520-7563771
 LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO (606) 3402658

Código	001-0001-04-01
Fecha	Ago 04 de 2017
Version	2
Página 1 de 2	

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sede	Dirección	Sede	Dirección
Bogotá	N. Urdin Carrera 45 No. 74 - 52	Pereira Centro	Carrera 4 No. 20 - 80 Centro
Medellín	Calle 30 No. 60 - 62 Este	Droguetróvedes	Carrera 24 No. 7 - 35 Miranda A. Bogotá 4 Zona Industrial Sur Occ
Nequechí	Carrera 8 No. 4 - 87	Merizales	Carrera 21 No. 23-25 Parque Bolívar Ed. Terminal Plus 1
Manizales	Calle 37A No. 30 - 32 Barrio Beltronal	Armenia	Calle 25 Norte No. 12 - 35
Chicorá	Calle 8 No. 30 - 87		

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	(801) 4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	(801) 4320520
Eje Cafetero	(606) 3402658	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	(606) 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
- Pagar 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 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: atencionpaciente@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 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	
Ltm	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): <ul style="list-style-type: none"> • 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				