

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Alan Ramirez	Documento	1012482106	Dirección	Cd. 83 Bis # 73F-65
Entidad	Famisanza	Teléfono	3106844297	Consumo	1/8
Solicitante	Diana Morin	Parentesco	Padre	Teléfono	3106844297

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	130660830	Observación
Tipo de Servicio	Recogida Total	Se recogen equipos en buen estado

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO					
Códigos Equipos Entregados			Códigos Equipos Recogidos		
CONCENTRADOR			CONCENTRADOR		
C. RESPALDO			C. RESPALDO	1 P 150 87 0 0 1 2	
REGULADOR 540			REGULADOR 540	2 3 0 3 0 5 3 1 0	
C. PORTATIL			C. PORTATIL	H F 3 9 9 0 8 9	
REGULADOR 870			REGULADOR 870	M 2 0 2 0 0 9 0 3 4 6	
CARRITO P.			CARRITO P.	0 9 2 9	

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	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/traidor	\$150.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$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. CP. código no coincide se recoge CP 0929 y no coincide con el código CRM. por eso se hace Orden Manual.*

Hora Servicio: **09:22**

Funcionario Entrega: **Walker Ray Soler** Documento: **JKU 625**

**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)		Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)	
FALLECIMIENTO	Fallecimiento del Paciente.	HUMIDIFICADOR	<input type="checkbox"/>
VOLUNTARIA	Devolución Voluntaria.	CÁNULA	<input type="checkbox"/>
ORDEN MÉDICA	Por Orden Médica.	TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO	Cambio de Proveedor.		
AFILIACIÓN	Estado Afiliación EPS.		

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	EXCELENTE	<i>excelente.</i>
\$ 4500	\$	\$	\$4500	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](mailto: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	DIANA FERNANDA MARIN VEGA	
Documento	1012419235	Parentesco: MAMA'
Teléfono	3106844297	
Dirección Actual	KR 83 BIS # 73 F 65 SUR	
Firma	<i>DIANA MARIN VEGA</i>	
Huella		

## ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (601) 4320520-7563771

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: (606) 3402658

12800

## SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sede	Dirección	Sede	Dirección
Bogotá	Av Chile Carrera 12 No. 71-32	Pereira Centro	Carrera 4 No. 20 - 80 Centro
Soacha	Calle 30 No. 6G - 43 Este	Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Manzana 4, Bodega 4 Zona Industrial La Badea
Facatativá	Carrera 4 No. 1 - 47	Manizales	Carrera 21 No 23-21 Parque Bolívar, Ed. Tamanaco. Piso 1
Fusagasugá	Calle 17A No. 10 - 02 Barrio Balmoral	Armenia	Calle 15 Norte No. 12 - 15.
Zipaquirá	Calle 8 No. 16 - 67		

## LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	(601) 4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	(601) 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: 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 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: [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.

 SI

PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA

 NO

L/m

No. Orden Medica

Yo declaro (Paciente o Acudiente):

Firma

Horas

Fecha OM

- Conocer el consumo recetado por el medico
- Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado
- Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.

DIANA MARIN VEGA