

Paciente	Battaza Guavara Halo	Documento	2070E9E	Dirección	Carrera 15B # 17A-25	Fecha	
Entidad	Sanisalud	Teléfono		Consumo	2 / 24	Admisión	
Solicitante	Hilfonso Guavara	Parentesco	Hijo	Teléfono	310 696 5103		

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Racogida 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	0	1	7	1	0	0	0	0	0	2	1
C. RESPALDO						C. RESPALDO	1	9	4	3	4	7	1	8	6			
REGULADOR 540						REGULADOR 540	R	R	.	2	A	G	3	9	B			
C. PORTATIL						C. PORTATIL												
REGULADOR 870						REGULADOR 870												
CARRITO P.						CARRITO P.												

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			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador		
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil		
Carcasa Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870		
Cubierta	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540		
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Pro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado
--------------	---------------	------------	-------------------	--------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
 Se realizó el servicio de racogida por cambio de proveedor

Entregado por: Fauja Cortes Documento: JKUG25

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

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

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
PAGO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <th>Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td></td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total		\$	\$	\$	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO
Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
	\$	\$	\$						

**DECLARACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso al Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondatos@oxipro.com](mailto:protecciondatos@oxipro.com), para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, conservar, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medición al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, y 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:

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO	
Atendido por: <u>Hilfonso J Guavara R.</u> Teléfono: <u>19487460</u> Parentesco: <u>Hijo</u> Cel: <u>3106965103</u> Actual: <u>Cr 15B # 17A-25 Apt 401</u>	Firma: 

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 pm	
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 pm	
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	Lunes a Viernes	Horario de atención	Emergencias 24 horas
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	432052
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 791235

**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 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 paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y 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 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 por 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 es 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 dud 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 checked="" type="checkbox"/> SI		<b>PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA</b>	
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente):	Firma:
Horas	Fecha OM		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el consumo recetado por el medico</li> <li>• Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado</li> <li>• Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.</li> </ul>	