

Apto 118
int. 9

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Raquel García** Documento: **21224609** Dirección: **Tranv. 85 # 52C-19** Fecha: **28/3/24**
Entidad: **Servisa Salud** Teléfono: _____ Consumo: _____ Autorización: _____
Solicitante: **Adriana Sabogal** Parentesco: _____ Teléfono: **3115283073**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
150628236	Mante concentr. Técnico	
150628228	Recarga cilindro Resp.	

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	7F5AB202002000126			CONCENTRADOR	NN-1105B		
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540	JP190081176			REGULADOR 540	MM201887		
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/unit	Cant	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		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): **Alarma EL se cambio el equipo y se deja un nuevo equipo probado y reusado en optimas condiciones de uso**

Hora Servicio: **06:15 AM**

Funcionario Entrega: **Soler Galiste** Documento: **JKU625**

300 405 8 275

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 Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	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:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	EXCELENTE	<input checked="" type="checkbox"/>
\$ _____	\$ _____	\$ 30.000	\$ 30.000	BUENO	
				REGULAR	<input type="checkbox"/>
				MALO	<input type="checkbox"/>
				MUY MALO	<input type="checkbox"/>

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: Raquel García Alfonso	Firma: <i>Raquel García</i>	Huella: _____
Documento: 21224609		
Teléfono: 311 528 30 73		
Dirección: _____		

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO 800074 8000 796077
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO/EL CAPTIVO 800 9000

Nombre	[]
Apellido	[]
Fecha	[]
Observaciones	[]

SERIES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sede	Dirección	Código	Observación
Región	Av. Chile 3000, 22 No. 21, 22	Región Central	[]
Temuco	Calle 20 No. 40, 40 2000	Región del Bío-Bío	[]
Concepción	Calle 2 No. 2, 41	Región de Valparaíso	[]
Valparaíso	Calle 219 No. 20, 20 2000	Región de Antofagasta	[]
Santiago	Calle 2 No. 21, 47	Región de Magallanes	[]

SERIES DE ATENCIÓN AL USUARIO

Sectorial	Teléfono	Horario de atención		Observación
		Lunes a Viernes	Sábados	
Región	(51) 4 27527	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	[]
Eye Captivos	(07) 540098	8:00 am a 4:00 pm	8:00 am a 12:00 pm	[]

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 la cual se solicite el respectivo recibo de pago al momento de renovar el servicio en el Call Center.
- Existe siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado en su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente por depósito - Con el número de documento de identidad como referencia de la consignación.
- Pago en Sede de atención al usuario.

Concentrador, Cilindro de Respiración y Recarga

- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxígeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente a quien fuere suministrado de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantenerlo a temperatura suave de agua en el nivel indicado y realizar limpieza periódica. Además se recomienda utilizar agua cristalina, mantenerlo en condiciones de higiene y evitar el uso.
- El Cilindro de Respiración debe ser usado ÚNICAMENTE para casos de emergencia, recordando guardarlos cuidadosamente, de él puede depender su vida.
- El Cilindro de Respiración debe ser usado en caso que exista suspensión de suministro de TUBO eléctrico, en caso en que el concentrador de oxígeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestro área de Atención al usuario para informar el fallo.

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestros servicios, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario por medio al correo electrónico atencionalcliente@oxigenosurcaraso.com
- Los funcionarios de Oxígeno S.A.S. deben presentarse debidamente identificados, con camisa y uniforme, al momento de realizar una visita a tener dudas o sugerencias sobre el personal que atiende al servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario.

AVISO: Siempre quitar los equipos al consumo realizado por su médico.
No hacerlo puede representar riesgo para su salud.

<input type="checkbox"/>	NO	PACIENTE O ACCIDENTE PRESENTA ORDEN MÉDICA	<input type="checkbox"/>	SÍ
Lin	No. Orden Médica	(En pacientes Crónicos o Accidentados) • Consultar al consultorio inmediatamente por el resultado. • También requiere los equipos de Oxígeno al consultorio inmediatamente. • Que aparezcan los registros al consultorio, recordando en la Orden Médica.	Código	
Nombre	Fecha DM			