

N° **00323**
OX-OV

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO. 3.02770-3401511-314791253

Código: _____ Fecha: _____
Aplicación de la PPI: _____
Página: 1 de 2

Paciente: **Guillermo Martínez**
Entidad: **Famisanar**
Solicitante: **Jesús Jiménez**

Documento: **170085991**
Teléfono: **3143820530**
Parentesco: **Familia Político**

Dirección: **Cl 22 # 108-28**
Consumo: **2 L**
Muestra: **2143820530**
Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Nro. Orden: **130671233**
Tipo de Servicio: **Servicio técnico regulador 540**
Observación: **Regulador parte**
Recarga cilindro regulador
Servicio técnico a domicilio
se cambia conector
REVISIÓN TÉCNICA

ORDEN DE SERVICIO

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Contrator: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

CONCENTRADOR	SI	NO	C. RESPALDO	SI	NO	C. PORTATIL	SI	NO	REGULADOR 540	SI	NO	REGULADOR 870	SI	NO	CARRITO	SI	NO
CONCENTRADOR																	
C. RESPALDO																	
REGULADOR 540																	
C. PORTATIL																	
REGULADOR 870																	
CARRITO P.																	

CONCENTRADOR	SI	NO	C. RESPALDO	SI	NO	C. PORTATIL	SI	NO	REGULADOR 540	SI	NO	REGULADOR 870	SI	NO	CARRITO	SI	NO
CONCENTRADOR																	
C. RESPALDO																	
REGULADOR 540																	
C. PORTATIL																	
REGULADOR 870																	
CARRITO P.																	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

Daño/Perdida	V/Unit	Cant	Daño/Perdida	V/Unit	Cant	Daño/Perdida	V/Unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Cable de Poder	\$20.000		Salida Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrilo Portatil	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
						Otros	\$80.000	

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/Unit	Cant	Daño/Perdida	V/Unit	Cant
Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Cable de Poder	\$20.000	
Manija	\$50.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Flujómetro	\$80.000		Panel Frontal	\$80.000	
Switch de Encendido	\$15.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000	
Botón de Reset	\$10.000				

Nro. Reporte: _____ Recibo CRM: _____ Valor de Daños: **\$90.000** Valor Pagado: \$ _____

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
Recarga de cilindro respaldo por mantenimiento, PVLH
Cambio de concentrador por falla en el Flujo metro,
Cambio regulador 540 por daño, se entregan eq. provistos en perfectos
Funcionario Entrega: **WALTER REY SOLER** Documento: _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente 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 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 protecciondatos@oxiprossa.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 para 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 ha he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **JASHIN CECILIA JIMENEZ CHUN**
Documento: **52894953** Parentesco: **NOUEA**
Teléfono: **6012679560** Cel: **3143820530**
Dirección Actual: _____

Firma

[Firma manuscrita]

Huella

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código	GOL-SED-FR-10
Fecha	Agosto 04 de 2017
Versión	2
Página 2 de 2	

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

sede	Dirección	Lunes a Viernes	Horario de atención	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 am
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 m
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	Sábado	Emergencias 24 horas
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm		7:00 am a 7:00 pm	4320520
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm		8:00 am a 12:00 m	314 7912353

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 UNICAMENTE 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 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
- 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.

<input type="checkbox"/> SI		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA		<input type="checkbox"/> NO	
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • 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				

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Gustavo Martínez	Documento	17008599	Dirección	C/122# 108-28	Fecha	5/10/21
Entidad	Familiar	Teléfono	3143820530	Consumo	2 L.	Autorización	
Solicitante	Jasmin Jimenez	Parentesco	Familia Política	Teléfono	3143820530		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	130671233 130671234 130671521	Tipo de Servicio	Servicio tecnico regulador 540. Recarga cilindro respaldo. servicio tecnico a domicilio	Observación	Regulador Portat se cambia concentrador
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	N	N	-	3	6	0	5	B	N	N	-	1	3	6	2	B	
C. RESPALDO	D	7	0	5	0	4	5		D	6	8	7	0	2	9		
REGULADOR 540	2	0	0	8	0	7	8	7	L	6	0	9	0	1	7	3	4
C. PORTATIL																	
REGULADOR 870																	
CARRITO P.																	

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	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	1
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 \$90.000	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
 Recarga de cilindro respaldo por mantenimiento, por el cambio de concentrador por falla en el flujometro, cambio regulador 540 por daño, se entregan ey. provistos en perfectas
 Funcionario Entrega: WALTER REY SOLER Documento: _____

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 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 JASMIN CECILIA JIMENEZ CHUNS Firma
 Documento 52894953 Parentesco: NUECA
 Teléfono 6012679560 Cel: 3143820530
 Dirección Actual _____ Huella _____