

REGISTRACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **GLADYS JUDITH GUSTOS ZAMUDIO** Sexo: **F** Edad: **44 años** Fecha Nacimiento: **1974-05-24**
 Estado: **BOGOTÁ EPS** Teléfono: **3208528964** Consumo: **Normal**
 Colesterol: **190 mg/dl** Hemoglobina: **17 g/dl** Hematocrito: **48%**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **21619** Tipo de Servicio: **RESCATA TOTAL** Caracterización: **RESCATA TOTAL**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: **100%** Flujo: **2 L** Concentración: **21%** Filtros de aire: Cambio Limpieza Hora Contador: **00:00** Código: **0000**

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			0696973
C. RESPALDO				C. RESPALDO			22-203313
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 370				REGULADOR 370			
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 370 SI NO CARRITO SI NO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Pérdida	V/unid	Cant	Daño/Pérdida	V/unid	Cant	Daño/Pérdida	V/unid	Cant	Daño/Pérdida	V/unid	Cant
Filtros Externos Central	\$5.000		Soporte Filtros Lateral	\$15.000		Carcasa Concentrador	\$150.000		Adaptador Salida humidificador	\$20.000	
Filtros Externos Lateral	\$5.000		Manguera	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetros	\$80.000		Adapt a humidificador	\$15.000		Regulador 370	\$80.000	
Rueda	\$25.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtros Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtros Interno	\$20.000		Otros		

Nros. Recibos: **Recibo Manual** Recibo CRM: **Valor de Daños \$** Valor Pagado \$

Observaciones de la Visita (Escribir descripción del caso):
SE RECOPEN (MOTOR DE RESPALDO EN BUEN ESTADO EN CONCENTRADOR 617A EN BOGOTÁ OIAS 32 085 28964) Hora Servicio 11:09

Fundador/a Entrega: **ROBERTO GUSTOS** Documento: **CPN 147**

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.	Se 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: <table border="1"> <tr> <th>Cuenta 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>	Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO excelente.
Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$	\$						

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1691 de 2010 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Centro, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica proteccion@datos.oxiproas.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 autorizada 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 Calidad, atención al cliente (gestión PQR), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de almacenamiento 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. se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Glady's Judith Gustos Zamudio** Firma: **Glady's J. G.Z.**
 Documento: **51966268** Parentesco: **Hija**
 Teléfono: **3208528964** Cel:
 Dirección Actual: **Vereda Moray**

AS OI 21 INADOM AGO BOGOTÁ . POT SOT 15 . DICOMPT . INSTITUT . BOGOTÁ

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO				
sede	Dirección	Horario de atención		
		Lunes a Viernes		Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega 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		Emergencias 24 horas
				Sábado	
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 número 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 realizarse limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene total.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado UNICAMENTE, 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@oxigenoensucsa.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): <ul style="list-style-type: none"> Conocer el consumo recetado por el médico Seber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica 	Firma
Horas	Fecha OM		