

Nº **00321**
OX-OV

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

Código: GOL-SED-PR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Página: 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Lady Aguilera**
Entidad: **Compenstar**
Solicitante: **Fabio Gomez**
Documento: **41328351**
Teléfono: **3208123982**
Parentesco: **Hija**
Dirección: **Cl 11A # 79A 60**
Consumo: **2L**
Asesor: **3208123982**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130669751**
Tipo de Servicio: **Recogida Totl.**
Observación: **Se recogen equipos en buen estado**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo Concentración Filtro de aire Limpieza Cambio Hora Con/Trador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	
REGULADOR 540	
C. PORTATIL	
REGULADOR 870	
CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5 000		Carcasa Con/Trador	\$150 000	
Filtro Externo Lateral	\$5 000		Cable de Poder	\$20 000	
Base Concentrador	\$80 000		Adapt. a Humidificador	\$15 000	
Rueda	\$20 000		Panel Frontal	\$80 000	
Soporte Filtro Central	\$15 000		Tapa de Filtro Interno	\$20 000	

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): **Se recogen los equipos en buen estado.**

Funcionario Entrega: **Leison Jones** Documento: **184 874** Hora Servicio: **16:17**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE


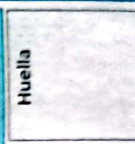
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria.
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.
Fallecimiento.

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
Cuota Moderadora	\$	\$	\$
Daño Moderadora	\$	\$	\$
Daño Equipo	\$	\$	\$
Otros Pagos	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$

RECOGIDA DE EQUIPOS
Me entregaron los siguientes Consumibles
HUMIDIFICADOR
CÁNULA
TRAMPA DE AGUA
CALIFICIO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Excelente.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Fabio Gomez**
Documento: **17039 813**
Teléfono: **320 812 3982**
Dirección Actual: **Cl 11A # 79A-60**
Parentesco: **Conyuge**
Firma: 
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	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 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	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	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 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 realizarte 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 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):	<ul style="list-style-type: none"> • 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				