

RO. Eje - Domi - Quind



N° OX-OV 018784

ORDEN DE VISITA LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA 4320520 LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-SE0-F0-02 Fecha: Agosto 04 de 2017 Versión: 2 Página 1 de 2

INFORMACION DE PROGRAMACION

Documento: 24588485 Dirección: Cra 274 con Cl 304 La Indígena, 1712 Teléfono: 3184671821 Corintumo: 2L 184. Autor: Nieto

Paciente: María Gómez N. EPS Martha Liliana Toro

ORDEN DE SERVICIO

Observación

Tipo de Servicio: Entrega Inicial Concent - Cap Ansp. smitego portatil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

Filtro de aire  Cambio  Limpieza  Hora Conv/ador  Código

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados: NV-20276 H. 15986 CC498892 2004038856 9052509916 XY11024196 CF2365

Table with columns: EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO, CARRITO, REGULADOR 870, REGULADOR 540, C. PORTATIL, C. RESPALDO, CONCENTRADOR. Includes checkboxes for each item.

REPORTE DE DAÑOS

Table with columns: Daño/Perdida, V/Unid, Cant, Daño/Perdida, V/Unid, Cant, Daño/Perdida, V/Unid, Cant. Lists items like Filtro Externo Central, Filtro Externo Lateral, Base Concentrador, etc.

Se entregaron Equipos: Concentrador Insumos Cilindro y portatil llenos a 2000 PSI Reguladores CGA-540 CGA-870 y carrito portatil. Todos los equipos en buenas condiciones revisados por el Accidente

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Yo declaro haber devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: FALLECIMIENTO Falecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MEDICA Por Orden Medica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACION Estado Afiliación EPS.

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO): HUMIDIFICADOR SI 090919 CAÑULA SI 020320 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

Table with columns: HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora, Daño Equipo, Otros Pagos, Total.

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación): EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO. Excelente

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@oxipros.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, seguir y disponer mis datos personales así 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 ferretería 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 Titular, Servicios de mantenimiento de equipos. Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión logística. 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.

INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Martha Liliana Toro. Documento: 24590058. Parentesco: Nieta. Teléfono: 3184671821. Dirección Actual: Cra 274 con Cl 304 B1 Valencia o La Indígena, casa de ladrillo a la vista, cobarca. Huella: [Fingerprint]

Recibite dice no saber firmar

Nº  
OX-CC 018040

### CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

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

Código: GOL  
Fecha: Agosto  
Versión:  
Página 1 de 2

OXIPRO S.A.S (Representado por) Andres Agudelo P. Fecha 17 12 20

**PACIENTE**  
Nombre: Maria Gomez Documento Identidad: 24.578485  
Dirección: cra 27A con cll 30A B / La Indígena o Valencia del Comod: 3184671821  
Ubicac: 3184671821  
Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro Nieta  
Calarca Departamento: (caldas) @indio  
22 Horas: 18H EPS: N.E.P.S. Nivel IBC: 1

**"A RUEGO"**  
Paciente  A Ruego  El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"  
Nombre: Martha Liliana Toro Documento Identidad: \_\_\_\_\_  
Dirección: cra 27A con cll 30A B / La Indígena o Valencia Teléfono: \_\_\_\_\_  
Calarca Departamento: \_\_\_\_\_  
Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro Nieta

**PERSONALES**  
Nombre: Martha Cecilia Chavez Dirección: cra 27A # 1300 B / Valencia, Calarca  
Celular: 3107051857 Parentesco: Vecina  
De casa  Dir. Empresa: \_\_\_\_\_ Tel. Empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dir. Empresa: \_\_\_\_\_ Tel. Empresa: \_\_\_\_\_

CODIGO		VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Marca	<u>MN-210276</u>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	<u>Se entregan Equipos en buenos condiciones.</u>
Modelo	<u>H: 15986</u>					
Modelo	<u>CC498892</u>	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Modelo	<u>200403856</u>	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Modelo	<u>90525091</u>	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Modelo	<u>2411084196</u>	0,18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
CP 2365						
COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Filtros	0,01 (SMLV)	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M		
Humidificador						
Cánula						
Carrito						
Trampa de Agua						

**HEBEAS 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 de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014-0 y dirección electrónica [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondatos@oxiprosas.com) en calidad de RESPONSABLE, autorizo, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales según suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en los procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Encuestas de Opinión, atención al cliente y en 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 los datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE**  
Marque con una X la figura que firma el presente contrato:  
Firma de el Comodatario: Asudiente dice no saber firmar  Paciente  "A Ruego"  
Nombre de el Comodatario: \_\_\_\_\_  
Documento Identidad del Comodatario: \_\_\_\_\_

Eje Dami - Quind

**Pro**  
MEDICINALES  
481.014-0

Nº  
**OX-DC 016688**

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

Código: GOL-SED-FRA  
Fecha: Agosto 04 de 2020  
Versión:  
Página 1 de 2

PACIENTE Y FUNCIONARIO		Fecha	Hora
Paciente	Colarca	17 12 2020	16:15
Responsable	Maria Gomez		
Funcionario	Mertha Liliana Toro Andres Apudelo P.		

OXIPROS S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la bienvenida y a continuación encontrará algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

**LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**  
La carga de cilindro portátil deberá efectuarla en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO			
Sede	Dirección	Horario de atención	Sábado
debradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega Manzana 4 Bodega 4	Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
ales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamaraco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
nia	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
ta	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

Solicitarla a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicandose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO			
Seccional	Teléfono	Horario de atención	Emergencias 24 horas
Bogotá	6448062	Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm	6448062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	314 7912353

La Autorización de Servicios expedida por la EPS, corresponde a un préstamo por (3) días, debe realizar la devolución de la misma en la Sede de Atención al Usuario. No entregará en el tiempo indicado, generará cobro de multa por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en poder del Usuario. Cuando la Autorización de servicios expedida por la EPS corresponde a un Cilindro Portátil Permanente debe tener en cuenta:  
- Tiene derecho a 4 recargas al mes.  
- A partir de la 5ta. recarga dentro del mismo mes, se realizará el cobro de la misma.  
- Las recargas deben efectuarse directamente en la Sede de Atención al Usuario.  
- Para cualquier servicio de soporte técnico, cambio de insumos (humidificador, cánula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO. (Continúa Página 2)

**DECLARACION DE CAPACITACION**

Yo, N. EPS. que soy atendido por OXIPROS S.A.S. con cédula de ciudadanía N° 24 590 058 con la autorización de la EPS o en mi calidad de acudiente Yo Mertha Liliana Toro con cédula de ciudadanía N° 24 590 058

Responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPROS A.S., y tengo la capacidad de:  
- Instalar adecuadamente el regulador de oxígeno en el cilindro y/o manipular el concentrador.  
- Realizar el procedimiento para solicitar el pedido de oxígeno a la Línea de Atención al Usuario.  
- Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel consumo formulado por el médico tratante.  
- Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel consumo formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.  
- Declaro conocer y aceptar las normas sobre seguridad y sobre el correcto uso de los cilindros y/o concentradores de oxígeno.  
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal y equipos relacionados (cilindro, regulador y concentradores).  
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de Oxígeno contenido en cilindros y generado por el Concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados de estos.  
- Declaro que aun teniendo la información sobre el manejo y seguridad de los equipos, al presentarse alguna situación inherente a la seguridad de cualquiera de los equipos (concentrador, regulador, manómetro, cilindro), me comunicaré directamente con OXIPRO S.A.S. para obtener el apoyo requerido.  
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación de oxígeno, el cilindro, reguladores y concentrador por terceros NO beneficiario (paciente) de los mismos.  
OXIPRO S.A.S. queda absuelta de cualquier responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente beneficiario de suministro y/o a terceros ajenos al proceso cuando se violen o desconozcan los parámetros arriba mencionados, siendo estos complementarios a la permanente orientación que con la entrega periódica del oxígeno y los elementos antes mencionados que efectúan nuestros funcionarios.

**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@oxipros.com](mailto:protecciondatos@oxipros.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, donar, 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 e incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente: Andres dice no saber firmar ni escribir.

Firma Funcionario: [Firma]