

Nº
OX-OV **020665**

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

Código: OX-ORD-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 3

Paciente	RUBIRA RODRIGUEZ R.				
Entidad	ALIANZA SALUD				
Solicitante	YENI ASTRID RODRIGUEZ				
Documento		21216976		Dirección	
Teléfono		3103060842		Cil 10 # 29-67	
Parentesco		HIJA		Consumo	
				3L x 24H	
				Teléfono	
				3103060842	

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130 412935	ENTREGA INICIAL CONCENRADOR	DE ENTREGA UNA BATERIA PARA CONCENRADOR
130 412971	ENTREGA BATERIA CONCENRADOR P.	PORTIL CON EL CODIGO 2016320053

REVISIÓN TÉCNICA							
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio	<input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO																
Códigos Equipos Entregados								Códigos Equipos Recogidos								
CONCENTRADOR	0	0	0	2	1	6	4	5	0	1	3	4	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO													C. RESPALDO			
REGULADOR 540													REGULADOR 540			
C. PORTATIL													C. PORTATIL			
REGULADOR 870													REGULADOR 870			
CARRITO P.													CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO																
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>

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		Actuador Salió 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).	SE ENTREGAN LOS EQUIPOS PROFUNDOS Y REUSADOS EN PERFECTAS CONDICIONES. SE ENTREGA CANULA DE 6 m. SE ENTREGA BATERIA PARA CONCENRADOR PORTATIL DE CODIGO 2016320053	Hora Servicio	7:49
Funcionario Entrega:	MIGUEL SANTOS	Documento:	SPN - 145

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)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MEDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CANULA <input checked="" 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
\$	\$	\$	\$

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@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 o 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	Yeni Astrid Rodríguez R.
Documento	52320080
Teléfono	3103060842
Dirección Actual	Cil 10 No 29-67
Firma	
Huella	



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

Número

• YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. _____, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día _____.
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: <u>Yeni Astrid Rodríguez R</u> Documento: <u>92320080</u> Parentesco: <u>Hija</u> Teléfono: <u>3101 9903386</u> Cel: <u>3103060842</u> Dirección: <u>Cll 10 No 29-67</u> EPS: <u>ALIANZA 2100</u> Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S _____	Firma 	Huella
---	---	--------



PAGARÉ

FORMATO
GOL-SED-FR-08

Versión: 1 Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

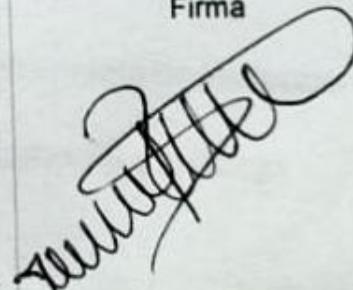
Número	Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo	Código		

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ _____), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: <u>Yeni Agnoid Rodriguez P.</u>	Firma 	Huella
Documento: <u>92.320080</u> Parentesco: <u>Hija</u>		
Teléfono: _____ Cel: <u>3103060842</u>		
Dirección: <u>Calle No 29-67</u>		
EPS: <u>ALBANSOLVO</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S _____		



**DECLARACION DE CAPACITACION
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO
GOL-SED-FR-05**

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	dd	mm	aaaa	Hora
Nombre del paciente	Rubira Rodriguez R	Documento identidad	21216976			
Nombre responsable paciente	Yeni Astrid Rodriguez R	Documento identidad	52320080			
Nombre funcionario		Documento identidad				

CAPACITACIÓN

OXIPRO 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, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) Rubira Rodriguez Rodriguez identificado con documento No. 21216.976 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____ o en mi calidad de acudiente Yo Yeni Astrid Rodriguez R identificado con documento No. 52320080 responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo 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 del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
 Línea de Atención al Cliente: 644 6062
 Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
 Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente beneficiario del 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, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma: _____	Firma:	Firma: <u>MIGUEL SANTOS</u>

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

IMPORTANTE: El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.