



Nº
OX-OV 019900

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	<i>Gustavo Gonzales</i>	Documento	<i>1306057</i>	Dirección	<i>cra 2 # 6-52 Maiguel</i>
Entidad	<i>nueva eps</i>	Teléfono	<i>3108485413</i>	Consumo	<i>2-24</i>
Solicitante	<i>Elizabeth morales</i>	Parentesco	<i>enfermera</i>	Teléfono	<i>3104364467</i>

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor <i>13578</i>

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	<i>5</i>	<i>N</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>7</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>9</i>	<i>6</i>		
C. RESPALDO	<i>D</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>7</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>9</i>	<i>6</i>		
REGULADOR 540	<i>R</i>	<i>R</i>	<i>-</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>B</i>		
C. PORTATIL	<i>D</i>	<i>C</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>8</i>		
REGULADOR 870	<i>1</i>	<i>7</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>8</i>		
CARRITO P.	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>0</i>					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO											
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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		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	
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).
 Hora Servicio *09:48*

Funcionario Entrega: *miguel Medina C* Documento: *1054554407*

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.	Me 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> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <i>excelente</i>
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 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 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 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 <i>Ibeth Alejandra Bolivar</i>	Firma	Huella
Documento <i>1055919818</i>	<i>Ibeth Alejandra Bolivar O.</i>	
Teléfono <i>3204448902</i>	<i>Cc1055919818.</i>	
Dirección Actual <i>Acilo el paraíso cra 2 # 68</i>		

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	<i>Margueliza</i>	Fecha	<i>24 09 2021</i>	Hora	<i>9:48</i>
Nombre del Paciente	<i>Gustavo Gonzalez</i>			Documento Identidad	<i>1306053</i>
Nombre Responsable Paciente	<i>IBeth Alejandra Bolívar</i>			Documento Identidad	<i>1055919818</i>
Nombre Funcionario	<i>Miguel Medina Cardona</i>			Documento Identidad	<i>1054554487</i>

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 y a continuación encontrará algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio

- A. SOBRE LA PRESTACION DEL SERVICIO**
- La recarga de cilindro portátil deberá efectuarla en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

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

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

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

- Si 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 entregarla 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 (humificador, 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 *IBETH EPS* con cédula de ciudadanía N° _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS o en mi calidad de acudiente Yo *IBeth Alejandra Ospina* con cédula de ciudadanía N° *1055919818*

responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPRO S.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.
- Identificar en la Orden Médica, el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, 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 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 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 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, Servicio 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:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	<i>IBeth Alejandra Bolívar Ospina</i>	<i>Miguel Medina C</i>

Nº
OX-CC 018307

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-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	<i>miguel Medina C</i>	Fecha	24	09	2021
------------------	-----------------------	------------------------	-------	----	----	------

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	<i>Gustavo Gonzalez B/san Vicente</i>		Documento Identidad	<i>1306053</i>		
Dirección Comodatario	<i>Cra 2 # 6-52 marquetalia caldas</i>		Tel Comod	<i>3104485413</i>		
Dirección Ubicación Equipo	<i>hogar el paraíso marquetalia caldas</i>		Tel Ubicac	<i>3104364462</i>		
Descripción Ubicación Equipos	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Ciudad	<i>marquetalia</i>		Departamento	<i>Caldas</i>		
Flujo (L/min)	<i>02</i>	Horas	<i>24</i>	EPS	<i>nueva Eps</i>	
				Nivel IBC	<i>01</i>	

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego". El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"					
Nombre	<i>IBeth Alejandra Bolivar</i>		Documento Identidad	<i>1055919818</i>		
Dirección	<i>Altos de Sanvicente Cra 2 # 5-68</i>		Teléfono	<i>3204448987</i>		
Ciudad	<i>marquetalia</i>		Departamento	<i>Caldas</i>		
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input checked="" type="checkbox"/> Otro <i>enfermera</i>					

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	<i>Betty morales gamez</i>		Dirección	<i>Cra 2 # 6-34 San Vicente marquetalia C</i>		
	Teléfono		Celular	<i>3115257594</i>	Parentesco	<i>enfermera</i>	
	Empresa	<i>centro Bienestar</i>		Dir. Empresa		Tel. Empresa	<i>3104364462</i>
2	Nombre	<i>maria ocampo aguive</i>		Dirección	<i>Cra 2 # 6-54 San Vicente marquetalia C</i>		
	Teléfono		Celular	<i>3113591694</i>	Parentesco	<i>conocida</i>	
	Empresa	<i>centro Bienestar</i>		Dir. Empresa		Tel. Empresa	<i>3104364462</i>

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
Concentrador	<i>SNO137196</i>	4 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Se entrega equipos en buenas condiciones revisado por el accidente</i>	
Cilindro de Respaldo	<i>0687162</i>	1 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Regulador de Cilindro	<i>02-250608</i>	0,15 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cilindro Portátil	<i>00504248</i>	0,35 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Regulador C Portátil	<i>170400618</i>	0,18 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR <i>CP3920</i>	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
	Panel	0,71 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Filtros	0,01 (SMLV)	0	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Cable	0,01 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cabina	-	-	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>		
INSUMO	Humidificador	1	Cánula	1	Carrito	1	Trampa de Agua

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 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 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.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *miguel Medina*
Nombre Comodante (Representante): *miguel A. Medina C.*
Documento Identidad (Representante): *1054554487*

EL 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 firmará el presente contrato Paciente "A Ruego"

Firma de el Comodatario: *IBeth Alejandra Bolivar Ospina*
Nombre de el Comodatario: *IBeth Bolivar Ospina*
Documento Identidad del Comodatario: *1055919818*