

Nº **OX-DC 016238**

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

Código: GOL-SED-FR-03
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	MEDITAÑO DEL COLEGIO	Fecha	29 09 11	Hora	12:50
Nombre del Paciente	MARCO RONCANCIO	Documento Identidad	2 245 279		
Nombre Responsable Paciente		Documento Identidad			
Nombre Funcionario	CRISTIAN MARTINEZ	Documento Identidad	1019108078		

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 PRESTACIÓN 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 Badoa 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 (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 MARCO RONCANCIO con cédula de ciudadanía N° 2 245 279 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS COMPENSAR o en mi calidad de acudiente Yo COMPENSAR con cédula de ciudadanía N° _____

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 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente: Marco Roncancio Firma Responsable del Paciente: _____ Firma Funcionario: CRISTIAN MARTINEZ

Nº
OX-OV 020284

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

Código: OX-002-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	MARCO RONCANCIO.	Documento	2246229	Dirección	FINCA GUACHARA.	Fecha	21/01/21
Entidad	COMPENJAR	Teléfono	314 2333972	Consumo		Autorización	
Solicitante	MARCO RONCANCIO.	Parentesco	PACIENTE.	Teléfono	314 239 89 22.		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130478195	ENTREGA INICIAL.	22
130478196	ENTREGA PORTATIL.	PERMANENTE.

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	CONCENTRADOR							
C. RESPALDO	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	C. RESPALDO							
REGULADOR 540	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	REGULADOR 540							
C. PORTATIL	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	C. PORTATIL							
REGULADOR 870	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	REGULADOR 870							
CARRITO P.	2200	2419	0200	1540	1070	0010	0106	CARRITO P.							

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$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 PRODUCCION PERFECTAS CONDICIONES BUENAS EN PERFECTAS CONDICIONES DE ENTREGA (CANULA Y HUMIDIFICADOR) PE 1
 Hora Servicio: **12:40**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN M** Documento: **020 142**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

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

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO):
 HUMIDIFICADOR **SI**
 CANULA **SI**
 TRAMPA DE AGUA **NO**

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

CALIDAD DEL SERVICIO

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

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@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 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, 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 suministrado para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Abaco Roncancio** Firma: _____ Huella: _____
 Documento: **2245229** Parentesco: **Rocío**
 Teléfono: **3202508138**
 Dirección Actual: **Villa de los Andes**

Nº
OX-CC 017989

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: OX-SEED-FR-03
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"	Fecha	29	09	21
------------------	-----------------------	-------	----	----	----

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	MARCO RONCANCIO.	Documento Identidad	2245229
Dirección Comodatario	FINCA GUACHACA UJIA MIRADOR	Tel Comod	314 2378922
Dirección Ubicación Equipo	FINCA GUACHACA UJIA MIRADOR	Tel Ubicac	314 2378922
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"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad	MEITAO DEL COLEGIO.	Departamento	UNDINAMARCA.
Flujo (L/min)	2	Horas	
EPS	COMPEN SAR.	Nivel IBC	

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato Paciente "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado unicamente si la firma es "A Ruego"

Nombre		Documento Identidad	
Dirección		Teléfono	
Ciudad		Departamento	
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	MARIA BUJA	Dirección	FINCA UJIA MIRADOR
	Teléfono	314 2378 922	Celular	320 2500138
	Empresa		Dir Empresa	
2	Nombre	RICARDO RONCANCIO.	Dirección	DTA - FINCA UJIA MIRADOR
	Teléfono		Celular	3339 63577
	Empresa		Dir Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	2021010000106	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro de Respaldo	CC4989177	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	RE-20471B	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	206317061	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C. Portátil	1A030088A	0,18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INSUMO	Humidificador	61	Cánula	61	Carrito	8	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 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, Servicios de arrendamiento (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, 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): CRISTIAN MARTINEZ
Nombre Comodante (Representante): CRISTIAN MARTINEZ
Documento Identidad (Representante): 7014103098

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 firman: Paciente "A Ruego"

Firma del Comodatario: abaris
Nombre de el Comodatario: abaris Roncancio
Documento Identidad del Comodatario: 2245229