

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	SAUL MARTINEZ	Documento	410815	Dirección	TRAV. 70 D OISA # 68-75
Entidad	NUOVA EPS	Teléfono	311 575 9620	Consumo	2L x 24H
Solicitante	SAUL MARTINEZ	Parentesco	PACIENTE	Teléfono	311 575 9620

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130417356	Tipo de Servicio	ENTREGA UICIAL CONCENTRADOR	Observación	
------------	-----------	------------------	-----------------------------	-------------	--

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	2	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	CV	CV	CV	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"/>	NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
--------------	-------------------------------------	----	-------------	-------------------------------------	----	-------------	-------------------------------------	----	---------------	-------------------------------------	----	---------------	-------------------------------------	----	---------	-------------------------------------	----

**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):  
**SE ENTREGAN LOS EQUIPOS PROBADOS REVISADOS EN PERFECTAS CONDICIONES. Paciente se quedo con equipo porque no hallgado el concentrador de boya eps.**

Hora Servicio: **9:48**

Funcionario Entrega: **MIGUEL SAUTOS** Documento: **JKU-625**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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.

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR
- CÁNULA
- TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

- EXCELENTE
- BUENO** *Saul*
- 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 [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto: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 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 Inventario, 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	Saul Martinez	Firma	<i>Saul Martinez</i>	Huella	
Documento	410815	Parentesco:	Paciente		
Teléfono	311 575 9620				
Dirección Actual	TRV 70 D OISA # 68-75				

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**

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

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Miguel Santos Fecha: 25 10 2017

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**

Nombre Comodatario: Saul Martinez Roa Documento Identidad: 410815  
Dirección Comodatario: Traversal 70 D Bis A # 68-75 Sur Tel Comod: 3115759620  
Dirección Ubicación Equipo: Traversal 70 D Bis A # 68-75 Tel Ubicac: 3115759620  
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
Ciudad: Bogotá D.C. Departamento: Cundinamarca  
Flujo (L/min): 2 L. Horas: 24. EPS: Nueva EPS. Nivel IBC:

**III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"**

Persona que Firma Contrato:  Paciente  "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego".  
Nombre: Documento Identidad:  
Dirección: Teléfono:  
Ciudad: Departamento:  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: Maria Roa Dirección: Traversal 70 D Bis A # 68-75 Sur  
Teléfono: 3107507097 Celular: 3107507097 Parentesco: Esposo.  
Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:  
2 Nombre: Karen Martinez Roa Dirección: Traversal 70 D Bis A # 68-75  
Teléfono: Celular: 3202548926 Parentesco: Hija.  
Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:

**V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)**

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
Concentrador	NN-23420	4 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
	Panel	0,71 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
	Filtros	0,01 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
	Flujómetro	0,35 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
	Cable	0,01 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
	Ruedas	0,04 (SMLV)		X M	<input checked="" type="radio"/>			
Cabina			X M	<input checked="" type="radio"/>				
INSUMO	Humidificador	1	Cánula	1	Carrito	<input checked="" type="radio"/>	Trampa de Agua	<input checked="" type="radio"/>

**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](mailto: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 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 Santos  
Nombre Comodante (Representante): Miguel Santos  
Documento Identidad (Representante): JKO 625

**EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA 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: Saul Martinez  
Nombre de el Comodatario: Saul Martinez  
Documento Identidad del Comodatario: 410815

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	BOGOTA	Fecha	25 10 2021	Hora	9:48
Nombre del Paciente	SAUL MARTINEZ			Documento Identidad	410815
Nombre Responsable Paciente				Documento Identidad	
Nombre Funcionario	MIGUEL SANTOS			Documento Identidad	JKU-825

**CAPACITACION**

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:

**SEDES DE ATENCION 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

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

**LINEAS DE ATENCION 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. 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 ATENCION AL USUARIO. (Continúa Página 2)

**DECLARACION DE CAPACITACION**

Yo \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 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.
- 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 [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto: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 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: 	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario: 
---------------------	---------------------------------	------------------------