

Nº
OX-OV 020159

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

Código GCL MED P 007
Fecha Agosto 04 de 2017
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente **Ana Cortez** Documento **24883115** Dirección **CRV 3 # 5-11 San Vicente pensil**
Entidad **NUQA EPS** Teléfono **322 28 76 996** Consumo **RESERVA**
Solicitante **Adolfo Cardona** Parentesco **hijo** Teléfono

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden Tipo de Servicio Observación
130461023 entrega in. concen-respaldo
130461024 entrega p. permanent

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Contrador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR	N	H	-	2	1	6	9	8		CONCENTRADOR									
C. RESPALDO	J	P	1	5	1	7	2	8	0	C. RESPALDO									
REGULADOR 540	R	R	-	2	3	6	1	8	8	REGULADOR 540									
C. PORTATIL	2	1	0	0	1	9	1	0	8	C. PORTATIL									
REGULADOR 870	2	1	0	4	1	2	8	9	4	REGULADOR 870									
CARRITO P.	C	P	5	0	7	0				CARRITO P									

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

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 Filtro Humidificador	\$20 000	
Filtro Externo Lateral	\$5 000		Manija	\$50 000		Cable de Poder	\$20 000		Carrilo 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		Bolón 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 equipos en general en buenas condiciones Revisados por el acudiente** Hora Servicio **4:30 PM**

Funcionario Entrega: **miguel medina Cardona** Documento: **1054554487**

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: Cuota Moderadora Daño Equipo Otros Pagos Total \$ \$ \$ \$	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO Exelente

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 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 ordenes 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 **Adolfo Cardona Cortez** Firma **adolfo cardona**
Documento **4488865** Parentesco: **hijo**
Teléfono **322 28 76 996** Cel:
Dirección Actual **CRV 3 # 5-11 San Vicente pensil**

Nº
OX-DC 016851

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

Código: OXIL-SE-D-F-R-03
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	<u>pensilvania C.</u>	Fecha	<u>07 04 2022</u>	Hora	<u>4:30 pm</u>	<u>24</u>
Nombre del Paciente	<u>Ana Cortez</u>			Documento Identidad	<u>24883115</u>	
Nombre Responsable Paciente	<u>Adolfo Cardona</u>			Documento Identidad	<u>4488865</u>	
Nombre Funcionario	<u>miguel medina Cardona</u>			Documento Identidad	<u>1054554483</u>	

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

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO			
sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 24 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
Muzipalos	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Armonía	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 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

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo ana Cortez con cédula de ciudadanía N° 24883115 que soy atendido por OXIPRO S.A.S. en la autorización de la EPS NUOVA EPS en mi calidad de acudiente Yo adolfo Cardona con cédula de ciudadanía N° 4488865

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 protecciondatos@oxiproasa.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: adolfo Cardona Firma Funcionario: miguel medina C.